

Ärztliches Zeugnis zur Aufnahme ins Alterszentrum St. Anna

(In Blockschrift durch den Arzt / die Ärztin auszufüllen)

PERSONALIEN DER BEWOHNERIN / DES BEWOHNER

Name Vorname Geburtsdatum
 Strasse PLZ / Ort

AKTIVITÄTEN

s = selbständig / t = teilweise selbständig / v = vollständige Unterstützung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Körperpflege / Kleiden

	<u>s</u>	<u>t</u>	<u>v</u>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus- und anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blasen- und Darmmanagement

	<u>s</u>	<u>t</u>	<u>v</u>
Blasenentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel / Ableitung:			
Darmentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel / Stoma:			

Bewegen / Transfer

	<u>s</u>	<u>t</u>	<u>v</u>
Gehen / Mobilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel

Rollstuhl
Rollator
Gehstock

Weitere Hilfsmittel / Besonderes:

Atmen

Hilfsmittel / O2 / Inhalation etc.:

Ernährung

	<u>s</u>	<u>t</u>	<u>v</u>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diäten / Spezielles:			

Hilfsmittel

Kommunikation

	<u>s</u>	<u>t</u>	<u>v</u>	<u>Hilfsmittel</u>
Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bemerkungen:

Orientierung

	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	<u>Emotional</u>	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ausgeglichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aggressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	depressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psychischer Zustand:

Verbände

	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
Wundverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welcher? *Diagnose, Kausus der Wunde: Kausaltherapie Wunde*

Begleitende Massnahmen / Wundmanagement:

Hautzustand:

Medikation FIX

Form / Applikation / Dosis	morgens	mittags	abends	nachts

Medikation RESERVE / Indikation

Form / Applikation / Dosis	morgens	mittags	abends	nachts

Infektionskrankheiten

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Besondere Massnahmen:

ÄRZTLICHE DIAGNOSE

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arzt / Ärztin