

Medizinische Angaben

| Personalien | |
|---|---|
| Name | Vorname |
| Strasse/Nr. | PLZ/Wohnort |
| Geburtsdatum | Telefon |
| Definitiver Aufenthalt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Kurzaufenthalt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Weitere Heimanmeldungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Diagnosen | |
| | |
| Therapie (Medikamente, Physio-, Ergotherapie) | |
| | |
| Soziale Situation | |
| Der Patient kann seine Wohnung/ sein Zimmer <input type="checkbox"/> allein verlassen <input type="checkbox"/> in Begleitung verlassen <input type="checkbox"/> nie verlassen | |
| Wo hält sich der Patient zur Zeit auf | |
| seit | Rückkehr nach Hause <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> unmöglich |
| Betreuung des Patienten durch | |
| <input type="checkbox"/> Angehörige | <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Bekannte |
| <input type="checkbox"/> Haushilfe | <input type="checkbox"/> Hauspflege <input type="checkbox"/> Spitex |
| <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter | <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> Vormundschaft |
| Name/Adresse der wichtigsten Bezugsperson | |
| | |

| Hilfestellungen | | | |
|--|--|--|--|
| Beweglichkeit | | | |
| Gehen | <input type="checkbox"/> mit Gehhilfe (z.B. „Böckli“/Rollator) | | <input type="checkbox"/> ohne Gehhilfe |
| | <input type="checkbox"/> mit Hilfsperson | <input type="checkbox"/> wechselnd | <input type="checkbox"/> selbständig |
| Fortbewegung im Rollstuhl | <input type="checkbox"/> mit Hilfsperson | <input type="checkbox"/> wechselnd | <input type="checkbox"/> selbständig |
| Transfer(z.B. Bett/Stuhl) | <input type="checkbox"/> mit Hilfsperson Anzahl Hilfspersonen | <input type="checkbox"/> wechselnd | <input type="checkbox"/> selbständig |
| Essen | <input type="checkbox"/> unselbständig | <input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe | <input type="checkbox"/> selbständig |
| Sondernahrung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Spezielle Kost/ Allergien/ Unverträglichkeiten | | | |
| An- und Ausziehen | <input type="checkbox"/> unmöglich | <input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe | <input type="checkbox"/> selbständig |
| Körperpflege | <input type="checkbox"/> unmöglich | <input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe | <input type="checkbox"/> selbständig |
| Hautzustand | | | |
| Dekubitus / Wunden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| WC-Benützung | <input type="checkbox"/> unmöglich | <input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe | <input type="checkbox"/> selbständig |
| Urininkontinenz | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Stoma | Material |
| Visus | <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt | | <input type="checkbox"/> wenig eingeschränkt oder normal |
| Gehör | <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt | | <input type="checkbox"/> wenig eingeschränkt oder normal |
| Sprachliche Verständigung | <input type="checkbox"/> unmöglich | | <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> möglich |
| Orientierung fehlend in | <input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Ort | <input type="checkbox"/> Situation | <input type="checkbox"/> Person |
| Weglauftendenz | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Unruhe | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Psychisch auffällig | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sucht | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Compliance | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Patientenverfügung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| COVID-19 Impfung bereits erhalten | <input type="checkbox"/> ja/Datum | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> erwünscht <input type="checkbox"/> nicht erwünscht |
| COVID-19 erkrankt | <input type="checkbox"/> ja/Datum | <input type="checkbox"/> nein | |
| Bemerkungen und Ergänzungen | | | |
| | | | |
| Hausarzt | | | |

Ort/Datum:

Stempel/Telefon/Unterschrift
des untersuchenden Arztes