

wielandleben.ch

BETREUTES WOHNEN & TAGESSTRUKTUR

Arztzeugnis



wielandleben | Salome & Thom Wieland | Grub 235 | 3538 Röthenbach im Emmental

+41 78 876 86 52 | info@wielandleben.ch | www.wielandleben.ch

Persönliche Angaben

Name und Vorname

Wohnadresse

PLZ / Ort

Kanton

Telefonnummer

Mobiltelefonnummer

Heimatort

E-Mail

Newsletter (4-6x pro Jahr)

Jetziger Aufenthaltsort

Geburtsdatum

AHV-Nummer 756. ____ _ . ____ _ . ____ _

Angemeldet in:

Ferner auch in:

Triage: selbständig pflegebedürftig hilfsbedürftig

schwere Pflegeabhängigkeit Psychiatriepatient/in

Grund der Anmeldung

.....

Diagnoseblatt

Atmungsorgane Chronische Bronchitis/Asthma Lungenemphysem

Stoffwechsel Diabetes Gicht Adipositas

Kreislauforgane Herzinsuffizienz Hypertension Arteriosklerose

Harnweg Infekte Prostata Niereninsuffizienz

Nervensysteme Multiple Sklerose Status nach Hirntrauma

Epilepsie Paraplegie POS

Parkinsonismus Psychose Degen. ZNS Erkrank.

Demenz

Skelett Frakturen Arthrose Spondylose Chronische Polyarthritits

Tumore Maligne Tumore

Übrige Diagnosen

Befunde

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Physischer Zustand
- Sehschärfe Beeinträchtigt stark mittel
 - Gehörschäden doppelseitig leicht schwer
 - Sprachstörungen Dysphasie Dysarthrie
 - Diät nötig püriert Diabetiker/in
 - Urinkontinent Stuhlkontinent
 - Troxicomanie Nikotin Alkohol Drogen
 - Medikamente

- Psychischer Zustand
- normal
 - reduziert desorientiert, verwirrt Umwelt gestört
 - Umwelt normal stark verwirrt charakterlich schwierig

- Motorische Fähigkeiten Selbständig gehen auf ebenem Boden mit Hilfe

- Zu Bett gehen selbständig nur mit Hilfe

- An- und Auskleiden selbständig nur mit Hilfe

- ÖV fahren selbständig nur mit Hilfe

- Tägliche Körper-Hygiene selbständig nur mit Hilfe

- Mahlzeiten einnehmen selbständig nur mit Hilfe

- WC benützen selbständig nur mit Hilfe

Weitere Angaben

Behandlungen, Medikamente, Therapie (Beilage Medi-/Therapieblatt erwünscht)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum

.....

Stempel und Unterschrift des Arztes

.....