

Arztzeugnis

durch den behandelnden Arzt auszufüllen

Name: **Vorname:** **Geburtsdatum:**

Adresse (letzter Wohnort)

Strasse/Nr.:

PLZ/Wohnort:

Telefon-Nr.:

z.Z. (Spital? Heim?):

Einweisungsgrund:
(Hauptdiagnosen)

Dringlichkeit der Aufnahme:

Selbständigkeit:

Essen: selbständig / braucht Hilfe

Mobilität: selbständig / braucht Hilfe

Körperpflege:

selbständig / braucht Hilfe

Gefähigkeit:

selbständig / Gehbehinderung / Stock/Krücken

Geh-Böckli / Rollstuhl

Orientierungsvermögen:

- orientiert
- zeitweise desorientiert
- ruhig
- unruhig tagsüber
- unruhig nachts
- meistens sehr unruhig

Behinderungen:

- blind
- schwerhörig
- taub
- Sprachstörung
- Aphasie

KRANKHEITSDIAGNOSEN

<p>1. KRANKHEITEN</p>	<p>STOFFWECHSEL- / ERNÄHRUNGSKRANKHEITEN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Paraplegie / Paraparese <input type="checkbox"/> Parkinsonsche Erkrankung <input type="checkbox"/> Tetraplegie / Tetraparese <input type="checkbox"/> Anfallserkrankung / Epilepsie <input type="checkbox"/> vorübergehender ischäm. Anfall (TIA) <input type="checkbox"/> Schädelhirntrauma
	<p>HERZ / KREISLAUF.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit (KHK) <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Tiefe Venenthrombose <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Hypotonie <input type="checkbox"/> periphere arterielle Verschlusskrankheit <input type="checkbox"/> andere Kreislauferkrankung 	<p>PSYCHIATR. ERKRANKUNGEN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Angstsyndrom <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Manisch-depressive Erkrankung <input type="checkbox"/> Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (ICD-10 F20-29) <p>LUNGE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Emphysem / COPD
	<p>MUSKEL / SKELETT</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Arthrose / Arthritis <input type="checkbox"/> Oberschenkelhalsfraktur <input type="checkbox"/> Gliedmassenamputation <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Pathologische Fraktur 	<p>SENSORISCHE ERKRANKUNGEN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Katarakt (Grauer Star) <input type="checkbox"/> Diabetische Retinopathie <input type="checkbox"/> Glaukom (Grüner Star) <input type="checkbox"/> Makuladegeneration
	<p>NEUROLOGISCHE ERKRANK.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Demenz vom Alzheimer-Typ <input type="checkbox"/> Aphasie <input type="checkbox"/> Angeborene cerebrale Behinderung <input type="checkbox"/> Zerebrovaskulärer Insult (siehe auch r. und v.) <input type="checkbox"/> andere dementielle Erkrankung <input type="checkbox"/> Hemiplegie / Hemiparese 	<p>SONSTIGE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Anämie <input type="checkbox"/> Krebserkrankung (Karzinom) <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> NICHTS ZUTREFFEND
<p>2. INFEKTIONEN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antibiotikaresistente Infektion (z.B. MRSA) mit Intervention <input type="checkbox"/> Clostridium difficile <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung <input type="checkbox"/> HIV-Infektionen <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Infekt der Luftwege 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt <input type="checkbox"/> Virushepatitis <input type="checkbox"/> NICHTS ZUTREFFEND

Ort, Datum:

**Stempel und Unterschrift
des Arztes:**

.....