

ARZTZEUGNIS

Zu vorsorglicher Anmeldung

Für Langzeitkranke und Behinderte im Kanton Bern. Dieses Formular ist der (vorsorglichen) Anmeldung in verschlossenem Umschlag beizulegen.

Name des Spitals, des Heimes, der Institution:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Tel.-Nr.

Adresse (vollständig):

Definitiver Aufenthalt:

Ja Nein

Diagnosen:

Therapie:

(Medikamente, Physio, Ergo- Aktivierungstherapie, Anderes)

Letzter Spitalaufenthalt (bitte wichtige Berichte beilegen):
von/bis:

Soziale Situation:

Der Patient/die Patientin kann die Wohnung verlassen

alleine in Begleitung
 nie

Wo hält sich der Patient/die Patientin auf:

seit wann:

Rückkehr nach Hause:

möglich wahrscheinlich
 unmöglich

Betreuung des Patienten/der Patientin zuhause durch:

Angehörige Partner
 Bekannte Hauspflege
 Spitex Sozialarbeiter
 Andere

Name und Adresse der wichtigsten Bezugsperson/en:

Behinderungen

Beweglichkeit

Gehen	<input type="checkbox"/> mit Geh-Hilfe (z.B. Rollator)	<input type="checkbox"/> ohne Geh-Hilfe
	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/> wechselnd
		<input type="checkbox"/> selbständig
Fortbewegungen im Rollstuhl	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/> wechselnd
		<input type="checkbox"/> selbständig
Transfer (z.B. Bett-Rollstuhl)	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/> wechselnd
		<input type="checkbox"/> selbständig
Essen	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/> wechselnd
		<input type="checkbox"/> selbständig
Sondernahrung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spezielle Kost:		
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
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
Urin-Inkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stuhl-Inkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Visus	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt / normal
Gehör	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt / normal
Sprachliche Verständigung	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
		<input type="checkbox"/> möglich
Orientierung fehlt in	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> Ort
	<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> Person

Radiologische Untersuchung auf Lungentuberkulose:

Gemäss Richtlinie des Kantonsarztes betr. Massnahmen zur Tuberkulosen-Bekämpfung in Alters- und Pflegeheimen

Bei Thorax-RX-Untersuchung innert der letzten 6 Monate; Datum:

Hinweise für aktive TBD ja nein

wenn ja, eingeleitete Massnahmen bitte unter Bemerkungen und Ergänzungen aufführen

Bemerkungen und Ergänzungen:

Hausarzt:

Ort und Datum:

Stempel/Adresse/Telefon/Unterschrift des untersuchenden Arztes:

Kontakt Schlössli Biel-Bienne: Telefon 032 344 08 08