

Telefon 055 254 31 11 (Mo–Fr 9–11.30 und 14–17 Uhr)

Fax 055 254 31 12

E-Mail breitlen@azbreitlen.ch

Internet www.azbreitlen.ch

Ärztliches Anmeldezeugnis

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ / Wohnort:

Diagnosen:

Einweisungsgrund:

Pflegebedarf

Psychischer Zustand

- orientiert
- verwirrt, desorientiert
 - zeitlich
 - örtlich
 - mit ruhigem Verhalten
 - mit unruhigem Verhalten
 - mit Gefahr des Weglaufens
 - mit Störungen des Schlaf- Wachrythmus
 - kann Patient/in die eigenen Bedürfnisse selbst zuverlässig äussern?
 - Ja Nein

Physischer Zustand

- Bewegungsbehinderung
- braucht Gehhilfe
- braucht Rollstuhl
- braucht Hilfe bei der Körperpflege
- braucht Hilfe beim An- und Auskleiden
- Hörbehinderung
- Sehbehinderung
- Sprachbehinderung
- Urininkontinenz
- Stuhlinkontinenz
- Anus Praeter
- Chronische Schmerzen
- letzter Thorax:
aktueller Befund bitte beilegen

Seit wann besteht die erhebliche Hilflosigkeit?

Monat: Jahr:

Therapien:

Spezielle Angaben:

Diät:

Datum:

Unterschrift des Arztes:

Adresse und Telefon: