

Arztzeugnis für Langzeitkranke und Behinderte im Kanton Bern

(Die Anmeldung in verschlossenem Umschlag beilegen)

Name / Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum: _____

AHV Nr.: _____

Adresse, PLZ/Ort: _____

Tel. Nr.: _____

Angemeldet in: _____

Ferner auch in: _____

	Ja	Nein
Definitiver Aufenthalt		
Ferienaufenthalt		
Weitere Heimanmeldungen		

Diagnosen

Therapie (Medikamente, Physio-, Ergo-, Aktivierungstherapie, anderes)

Letzter Spitalaufenthalt, wo: _____

Von: bis: _____

Bitte wichtige Berichte beilegen

Soziale Situation

Der Patient kann seine Wohnung verlassen

allein In Begleitung Nie

Wo hält sich der Patient zurzeit auf:

Seit: _____

Rückkehr nach Hause:

Möglich wahrscheinlich unmöglich

Betreuung des Patienten zu Hause durch

Angehörige Partner Bekannte

Haushaltshilfe Hauspflege Spitex

Hilfswerk Sozialarbeiter andere

Name und Adresse der wichtigsten Bezugsperson:

Gehen

mit Gehhilfe (z.b. Böckli/Rollator) ohne Gehhilfe

mit Hilfsperson wechselnd selbständig

Fortbewegung im Rollstuhl

mit Hilfsperson wechselnd selbständig

Transfer (z.b. Bett/Stuhl)

mit Hilfsperson wechselnd selbständig

Essen

unselbständig Mit wenig Hilfe selbständig

Sondernahrung

Ja Nein

Spezielle Kost

An- und Ausziehen

unmöglich Mit wenig Hilfe selbständig

Körperpflege

unmöglich Mit wenig Hilfe selbständig

Decubitus

Ja Nein

WC-Benützung

unmöglich Mit wenig Hilfe selbständig

Urininkontinenz

Ja Nein

Dauerkatheter

Ja Nein

Stuhlinkontinenz

Ja Nein

Visus

Stark eingeschränkt Leicht eingeschränkt oder normal

Gehör

Stark eingeschränkt Leicht eingeschränkt oder normal

Sprachliche Verständigung

unmöglich eingeschränkt Möglich

Orientierung fehlend in

Zeit Ort

Situation Person

Bemerkungen und Ergänzungen:

Hausarzt _____

Ort/Datum

Stempel/Telefon/Unterschrift des
untersuchenden Arztes