

EINTRITTSZEUGNIS

Personalien

Vorname und Name _____

Geburtsdatum _____

Adresse/Wohnort _____

Einweisungsgrund und Ziel des Aufenthaltes

Diagnosen (inkl. Allergien)

Übertragbare Krankheiten/Infektionen (z.B. MRSA, ESBL etc.)

Aktuelle medizinische Massnahmen (z.B. VAC-Verband, Chemotherapie, Dialyse etc.)

Aktuelle therapeutische Massnahmen (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie etc.)

Art und Grad der Pflegebedürftigkeit (zutreffendes bitte ankreuzen)

Psychischer Zustand

Unauffällig

Desorientiert und verwirrt

Unruhe tags

Unruhe nachts

Weglaufgefährdet

Nikotin

Medikamente

Drogen

Alkohol

Weitere Hinweise/Bemerkungen: _____

Motorische Fähigkeiten

selbständig

mit Hilfe

vollständig abhängig

Gehen auf ebenem Boden

Treppen benützen

Zubettgehen und Aufstehen

Tägliche Körperpflege

An- und Auskleiden

Toilette benützen

Mahlzeiten einnehmen

Weitere Hinweise/Bemerkungen: _____

Hilfsmittel

Rollstuhl

Gehstock

Krücken

Böckli

Rollator

Prothese

Spezielle Matratze

Spezielle Lagerung

Sauerstoffgerät

Weitere Hinweise/Bemerkungen: _____

Physischer Zustand

Sehschärfe beeinträchtigt

Hörschwäche

Tracheostoma

Ernährungssonde

Diät/Art: _____

Infusion i/V

Decubitus/Art: _____

Anus praeter

Weitere Hinweise/Bemerkungen: _____

Weitere Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Ort und Datum: _____

Der einweisende Arzt (Stempel und Unterschrift):

Bei Rückfragen erreichbar

Arzt Telefon direkt: _____ Zeit: _____

Pflege Telefon direkt: _____ Zeit: _____

Wird nur an Hausärzte, Spitäler und Institutionen abgegeben!