

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

- | | selbständig | mit Hilfe | vollständig abhängig |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gehen auf ebenem Boden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treppen benützen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zubettgehen und Aufstehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tägliche Körperpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toilette benützen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mahlzeiten einnehmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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!