

FO Arztzeugnis

für Langzeitkranke und Behinderte im Kanton Bern
(Der Anmeldung in verschlossenem Umschlag beilegen)

An die ärztliche Leitung

Name des Spitals, des Heimes, der Institution

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Adresse:

Strasse

PLZ/Ort

Definitiver Aufenthalt: ja nein

Ferienaufenthalt: ja nein

Weitere Heimanmeldungen: ja nein

wenn ja, wo:

Diagnosen

Therapien (Physio, Ergo-, Aktivierungstherapie, anderes)

Bitte aktuelle Verordnungen beilegen

Medikamente

Bitte aktuelle Medikamentenverordnung beilegen

Letzter Spitalaufenthalt, wo:

von: bis: *Bitte wichtige Berichte beilegen*

Soziale Situation

Der Patient kann seine Wohnung allein in Begleitung nie verlassen

Wo hält sich der Patient zurzeit auf:

seit: Rückkehr nach Hause möglich wahrscheinlich unmöglich

Betreuung des Patienten zu Hause durch: Angehörige Partner Bekannte
 Haushilfe Hauspflege Gemeindegrenzenpflege Sozialarbeiter
 Hilfswerk andere:

Name/Adresse der wichtigsten Bezugsperson:

Behinderungen

Beweglichkeit:

- | | | |
|-----------------------------|--|--|
| Gehen: | <input type="checkbox"/> mit Gehhilfe (z.B. „Böckli“, Rollator, ...) | <input type="checkbox"/> ohne Gehhilfe |
| | <input type="checkbox"/> mit Hilfsperson | <input type="checkbox"/> wechselnd |
| Fortbewegung im Rollstuhl: | <input type="checkbox"/> mit Hilfsperson | <input type="checkbox"/> selbständig |
| Transfer (z.B. Bett/Stuhl): | <input type="checkbox"/> unselbständig | <input type="checkbox"/> wechselnd |
| | | <input type="checkbox"/> selbständig |
| Essen: | <input type="checkbox"/> unselbständig | <input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe |
| Sondernahrung: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Spezielle Kost: | | <input type="checkbox"/> selbständig |

-
- | | | | |
|---------------------------|--|---|--|
| 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 |
| Decubitus: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| WC-Benützung: | <input type="checkbox"/> unmöglich | <input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe | <input type="checkbox"/> selbständig |
| Urininkontinenz: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Dauerkatheter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Stuhlinkontinenz: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Visus: | <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt | <input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt oder normal | |
| Gehör: | <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt | <input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt oder normal | |
| Sprachliche Verständigung | <input type="checkbox"/> unmöglich | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> möglich |
| Orientierung fehlend in: | <input type="checkbox"/> Zeit | <input type="checkbox"/> Ort | <input type="checkbox"/> Situation <input type="checkbox"/> Person |

Radiologische Untersuchung auf Lungentuberkulose

Gemäss Richtlinien des Kantonsarztes betr. Massnahmen zur Tuberkulosebekämpfung in Alters- und Pflegeheimen

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

Hinweise für aktive Tbc nein
 ja (eingeleitete Massnahmen bitte unter „Bemerkungen und Ergänzungen“ aufführen.)

Bemerkungen und Ergänzungen

Hausarzt:

Ort, Datum

Stempel/Telefon/Unterschrift des untersuchenden Arztes