

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 Gemeindegrenkenpflege Sozialarbeiter
 Hilfswerk andere:

Name/Adresse der wichtigsten Bezugsperson:

Behinderungen

Beweglichkeit:

- 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): unselbständig wechselnd selbständig

- Essen: unselbständig mit wenig Hilfe selbständig
- Sondernahrung: ja nein 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 nein 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

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