

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:

Adresse:

Tel.Nr.

Definitiver Aufenthalt: ☐ ja ☐ nein Feriendaufenthalt: ☐ ja ☐ nein weitere Heimaufenthalte: ☐ ja ☐ nein

wenn ja, wo:

Diagnosen

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

Letzter Spitalaufenthalt in:

von: bis: Bitte wichtige Berichte beilegen

Soziale Situation

Der Patient kann seine Wohnung ☐ alleine... ☐ in Begleitung... ☐ nie... ...verlassen

Wo hält sich der Patient zur Zeit auf:

seit: Rückkehr nach Hause ist: ☐ möglich ☐ wahrscheinlich ☐ unmöglich

Betreuung des Patienten zu Hause durch: ☐ Angehörige ☐ Partner ☐ Bekannte ☐ Haushilfe

☐ Hauspflege ☐ Gemeindekrankenpflege ☐ Sozialarbeiter ☐ Hilfswerk

☐ andere:

Name/Adresse der wichtigsten Bezugsperson:

Behinderungen

Beweglichkeit:	☐ mit Gehhilfe (z.B. "Böckli", Rollator)	☐ ohne Gehilfe
Gehen:	☐ 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	

Spezielle Kost:

An- und Ausziehen:	☐ unmöglich	☐ mit wenig Hilfe	☐ selbständig
Körperpflege:	☐ unmöglich	☐ mit wenig Hilfe	☐ selbständig
Dekubitus:	☐ ja ☐ nein		
WC-Benützung:	☐ mit Hilfsperson	☐ wechselnd	☐ 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

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 Arzt