

Telefon 055 254 31 11 (Mo–Fr 9–11.30 und 14–17 Uhr)

Fax 055 254 31 12

E-Mail [breitlen@azbreitlen.ch](mailto:breitlen@azbreitlen.ch)

Internet [www.azbreitlen.ch](http://www.azbreitlen.ch)

## Ärztliches Anmeldezeugnis

Name und Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

PLZ / Wohnort: .....

Diagnosen: .....

Einweisungsgrund: .....

## Pflegebedarf

### Psychischer Zustand

- orientiert
- verwirrt, desorientiert
  - zeitlich
  - örtlich
  - mit ruhigem Verhalten
  - mit unruhigem Verhalten
  - mit Gefahr des Weglaufens
  - mit Störungen des Schlaf- Wachrythmus
  - kann Patient/in die eigenen Bedürfnisse selbst zuverlässig äussern?
    - Ja       Nein

### Physischer Zustand

- Bewegungsbehinderung
- braucht Gehhilfe
- braucht Rollstuhl
- braucht Hilfe bei der Körperpflege
- braucht Hilfe beim An- und Auskleiden
- Hörbehinderung
- Sehbehinderung
- Sprachbehinderung
- Urininkontinenz
- Stuhlinkontinenz
- Anus Praeter
- Chronische Schmerzen
- letzter Thorax:  
aktueller Befund bitte beilegen

Seit wann besteht die erhebliche Hilflosigkeit?

Monat: ..... Jahr: .....

Therapien: .....

Spezielle Angaben: .....

Diät: .....

Datum: .....

Unterschrift des Arztes: .....

Adresse und Telefon: .....