Arztzeugnis

für Langzeitkranke und Behinderte im Kanton Bern

(der Anmeldung in verschlossenem Umschlag beilegen)

An die Leitung Pflege und Betreuung und Heimleitung

Altersheim Lyss-Busswil, Hauptstrasse 40, 3250 Lyss

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse: Tel.Nr.

Definitiver Aufenthalt: ja nein Ferienaufenthalt: 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

_____