

Arztzeugnis

(Bitte gut leserlich in Blockschrift schreiben)

Name: _____ Adresse: _____

Vorname: _____ PLZ/Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Gewünschter Aufenthalt

Langzeitaufenthalt Temporär- oder Ferienaufenthalt

Akut- & Übergangspflege (bis max. 2 Wochen) Tagesheim

Ziel

geriatrische Rehabilitation: Mobilität und ADL-Selbständigkeit verbessern

medizinische Nachsorge nach Hause zurück andere Institution:

Eintritt

nach Absprache sehr dringend

Medizinische Situation

Diagnosen: _____

Therapie: _____

Verlauf: _____

Prozedere: _____

Soziale Situation: _____

Aktuelle Medikation beim Übertritt (Bitte gut leserlich in Blockschrift schreiben - danke!)

Medikamentenallergien:

Physiotherapie

Diät:

Wunde:

Dekubitus

Ulcera cruris

aseptische Wunde

andere

Wundverband:

Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Mobilität

selbständig

wenig Unterstützung

viel Unterstützung

bettlägerig

Transfer:

Hilfsmittel

Rollstuhl

Stöcke

Rollator

Gehböckli

Corpoformmatratze

Tägliche Körperhygiene

selbständig

wenig Unterstützung

viel Unterstützung

am Lavabo

Ganzwäsche im Bett

Ausscheidung

WC selbständig

wenig Unterstützung

viel Unterstützung

Urininkontinenz

Stuhlinkontinenz

DK

Cystofix

Nahrungsaufnahme

selbständig

wenig Unterstützung

viel Unterstützung

Nahrungssonde

Aspirationsgefahr

Psychischer Zustand

orientiert

weglaufgefährdet

Desorientiert:

akut

chronisch

zeitlich

örtlich

persönlich

unkooperativ

Aggressivität

distanzlos

Depression

zurückgezogen

motorische Unruhe

Ort, Datum

Unterschrift

Anmelder (Stempel von Arzt oder Spital)

Bitte Überweisungsbericht und ev. Laborwerte beilegen und an folgende Adresse senden:

Geratrium Pfäffikon
Hörnlistrasse 76, 8330 Pfäffikon
Telefon 044 953 43 43 / Fax 044 953 43 31

Leitung Pflege und Betreuung:
Sachbearbeiterin Geschäftsleitung

Silvia Messmer
Yvonne Hänggli

Telefon 044 953 43 07
Telefon 044 953 43 08

s.messmer@geratrium.ch
y.haenggli@geratrium.ch