

# Arztzeugnis

## Personalien

Herr  Frau  Name  Vorname   
Strasse  PLZ/Ort   
Geburtsdatum

## Pflegebedürftigkeit

Keine  Leicht  Schwer

Einweisungsgrund

## Diagnoseblatt

### Pathologische Befunde

#### Atmungsorgane

Chronische Bronchitis/ Asthma   
Lungenemphysem

#### Kreislauforgane

Arteriosklerose   
- kardial   
- peripher   
- cerebral   
Herzinsuffizienz   
Hypertension   
Ulcus cruris

#### Harnwege

Harnwegsinfekte   
Prostatahypertrophie   
Niereninsuffizienz

#### Hernien

#### Skelett

Frakturen   
Arthrose   
Spondylose/ Spondylarthrose   
Chronische Polyarthritis

#### Stoffwechsel

Diabetes mellitus   
Gicht   
Adipositas

#### Nervensystem

Multiple Sklerose   
Status nach Hirntrauma   
Anfallskrankheiten   
Paraplegie   
POS   
Parkinsonismus   
Psychosen   
Geburtsschäden   
Debilität/ Demenz

#### Maligne Tumoren

#### Übrige diagnostische Befunde

**Art und Grad der Pflegebedürftigkeit**

**Psychischer Zustand**

Reduziert

Umwelt-Kontakt gestört

Desorientiert, verwirrt und Verhalten ruhig

Stark verwirrt und unruhig

Charakterlich schwierig

**Physischer Zustand**

Sehschärfe beeinträchtigt

- mässig

- stark

Gehörschäden

- doppelseitig

- leicht

- schwer

Sprachstörungen

- Dysphasie

- Dysarthrie

Dysphagie

- Nahrungssonde

Diät nötig

- püriert

- Diabetis

- salzarm

- andere

Decubitus

Urininkontinenz

Dauerkatheter

Stuhlinkontinenz

Anus praeter

Toxicomanie

- Nikotin

- Alkohol

- Andere

Übertragbare Krankheit (Verdacht?)

**Motorische Fähigkeiten**

Selbständig

Nur mit Hilfe

Gehen auf ebenem Boden

Treppen und öffentliche

Verkehrsmittel benutzen

Braucht; Stock, Krücken,

Böckli, Prothese, Gehgerät

Fahrstuhlpatient

Aufstehen und Zubettgehen

An- und Auskleiden

Tägliche Körperhygiene

sich waschen

Mahlzeit einnehmen

WC benützen

Dauernd bettlägrig

Ja

nein

**Besonderes**

Über Behandlung, Medikamente, Ergotherapie, und Physiotherapie

Ort und Datum

Der untersuchende Arzt  
(Stempel und Unterschrift)