

Angaben zur Pflege und Betreuung

Ergänzende Angaben zum Arztzeugnis

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Grundpflege / An- und Ausziehen

- Selbstständig
- Hilfe beim Baden, Duschen, Anziehen usw.
- Umfassende Pflege

Bewegung im Bett

- Selbstständig
- Wenig Hilfe
- Körperliche Hilfe durch eine Person
- Körperliche Hilfe durch mehrere Personen
- Vollständige Bettlägerigkeit

Gefähigkeit

- Gefähig
- Gefähig mit Hilfe einer Person und
 - Stöcken
 - Böckli
 - Rollator
- Gefähig mit Hilfe einer Person
- Nicht gefähig (Rollstuhl)

Transfer

- Selbstständig
- Wenig Hilfe
- Körperliche Hilfe durch eine Person (aufstehen, absitzen)
- Körperliche Hilfe durch mehrere Personen

Tages-/Nachtrhythmus

- Normaler Tages-/Nachtrhythmus
- Zeitweise Unruhe
 - am Tag
 - nachts
- Dauernde Unruhe

Kognition

- orientiert
- Orientierung fehlt:
 - örtlich
 - zeitlich
 - situativ
- weglaufgefährdet
- Klingelmatte

Bitte Rückseite beachten

Ernährung

- Selbstständig
 - Wenig Hilfe
 - Mit Hilfe
 - Sondennahrung
 - Spezielle Kost
-
-
-

Alltagsgestaltung

- Selbstständige Alltagsgestaltung
 - Braucht Anweisung, Zuwendung, Beratung
 - Intensive persönliche Begleitung notwendig
 - Keine eigene Alltagsgestaltung, lässt sich aber zu Aktivitäten animieren
-
-
-

WC-Benützung

- unmöglich
 - mit wenig Hilfe
 - selbstständig
- Urininkontinenz: ja nein
- Dauerkatheter: ja nein
- Suprapubischer: ja nein
- Toilettentraining: ja nein
- Stuhlinkontinenz: ja nein
-
-
-

Spezielle Massnahmen

- Port-a-Cath
 - Wundverbände
 - Decubitus / spez. Matratze
 - Cpap / Bipap
 - Infusionstherapie
 - Sauerstoff fix portabel
-
-
-

Zusätzliche Bemerkungen (beispielsweise soziale Situation)

Zuständige Person: _____ Institution: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. P: _____ Tel. G: _____

Natel: _____ E-Mail: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____