

## 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: \_\_\_\_\_