

ÄRZTLICHES ZEUGNIS

vom (Datum): _____

Zur Aufnahme ins Alters- und Pflegeheim Landgut Unterlöchli (durch den Hausarzt auszufüllen)

1. Personalien der Bewohnerin bzw. des Bewohners

Name und Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

2. Ärztlicher Befund**Hauptdiagnose (Einweisungsgrund):**

Nebendiagnose/n:

Bekannte Allergie/n:

3. Therapie/n**a) medikamentös:**

Medikament	Form	Applikationsart	Dosierung	Bemerkung

b) andere:**Beilagen:**

- Röntgenbilder
- Spitalberichte
- Andere

⇒ Bitte auch Folge/Rückseite ausfüllen

Pflegebedürftigkeit

selbständig	<input type="checkbox"/>	
hilfebedürftig		<input type="checkbox"/>
pflegebedürftig		<input type="checkbox"/>
schwer pflegebedürftig		<input type="checkbox"/>

Essen / Trinken

selbständig	<input type="checkbox"/>	
braucht Hilfe		<input type="checkbox"/>
Magensonde		<input type="checkbox"/>
Diät		<input type="checkbox"/>

Ausscheidung

keine Probleme	<input type="checkbox"/>	
urininkontinent		<input type="checkbox"/>
Dauerkatheter		<input type="checkbox"/>
stuhlinkontinent		<input type="checkbox"/>

Mobilität

frei beweglich	<input type="checkbox"/>	
Gehen mit Stöcken		<input type="checkbox"/>
Gehen mit Hilfspersonen		<input type="checkbox"/>
Rollstuhl		<input type="checkbox"/>
bettlägerig		<input type="checkbox"/>
Hilfe bei Körperpflege		<input type="checkbox"/>
Hilfe beim An- und Auskleiden		<input type="checkbox"/>

Geistig-seelische Behinderung

Bewohner/In unauffällig		<input type="checkbox"/>
Desorientierung		
örtlich	<input type="checkbox"/>	
zeitlich	<input type="checkbox"/>	
Unruhe, Verwirrtheit		
dauernd	<input type="checkbox"/>	
gelegentlich	<input type="checkbox"/>	
nur nachts	<input type="checkbox"/>	
Depression		<input type="checkbox"/>
Psychose		<input type="checkbox"/>
Verwahrlosung		<input type="checkbox"/>
Sprachstörung		<input type="checkbox"/>
Sehbehinderung		<input type="checkbox"/>
Hörbehinderung		<input type="checkbox"/>

Soziale Kontakte

regelmässig durch Angehörige		<input type="checkbox"/>
gelegentlich		<input type="checkbox"/>
selten / keine		<input type="checkbox"/>
Spitex im Einsatz		<input type="checkbox"/>

Ort und Datum:

Unterschrift und Stempel des Arztes:

Verschlossen einzureichen an:

Landgut Unterlöchli, Herr W. Sägesser, Heimleiter**Adligenswilerstrasse 85, 6006 Luzern****Tel. 041 429 63 63 / www.unterloechli.ch / info@unterloechli.ch**