

Arztzeugnis für AGZ

Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Zivilstand: _____

Anamnese

Diagnose

Aktuelle Therapie

Medikamente

Verordnungen

Frühere Heim-/Klinkaufenthalte

Orientierung

In Bezug auf: - eigene Person
- Ort
- Zeit

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ernährungszustand: _____

Spitexbetreuung im Haushalt ja nein Welche? _____

Spitexbetreuung in der Pflege ja nein Welche? _____

Hilfs- und Pflegebedürftigkeit

Hilfe beim An- und Ausziehen ja nein teilweise

Hilfe bei Körperpflege ja nein teilweise

Hilfe bei der Mobilisation ja nein teilweise

Hilfe beim Essen ja nein teilweise

Besteht Inkontinenz ja nein teilweise

Hilfsmittel

Rollator ja nein

Rollstuhl ja nein

Andere ja nein

Welche? _____

Psychisches und soziales Verhalten bei demenzieller Entwicklung

Uhrentest durchgeführt Resultat und Datum: _____

Mini-Mental-Status inkl. Uhrentest Resultat und Datum: _____

Eine Aufnahme ins Alters- und Gesundheitszentrum ist

dringend nicht dringend

Empfohlene Platzierung

Pensionärabteilung Pflegeabteilung

Demenzabteilung Seniorenresidenz

Pflegewohnung Ferienbett

Tageszentrum und Anzahl Tage _____

Bemerkungen:

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift:
