

# Arztzeugnis

für Langzeitkranke und Behinderte im Kanton Bern

Der Anmeldung in verschlossenem Umschlag beilegen

An die ärztliche Leitung

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Plz Ort \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Definitiver Aufenthalt:  Ja  Nein

Ferienaufenthalt:  Ja  Nein

Weitere Heimanmeldungen:  Ja  Nein wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

## Diagnosen

---

---

---

---

---

---

---

## Therapie (Medikamente, Physio-, Ergo- Aktivierungstherapie, anderes)

---

---

---

---

---

---

---

Letzter Spitalaufenthalt, wo: \_\_\_\_\_  
von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Bitte wichtige Berichte beilegen

## Soziale Situation

Der Patient kann seine Wohnung  allein  in Begleitung  nie verlassen

Wo hält sich der Patient zur Zeit auf: \_\_\_\_\_

seit: \_\_\_\_\_ Rückkehr nach Hause  möglich  wahrscheinlich  unmöglich

Betreuung des Patienten zu Hause durch:  Partner  Angehörige  Bekannte

Hauspflege  Gemeindecrankenschwester  Haushilfe  Sozialarbeiter

Hilfswerk  andere: \_\_\_\_\_

Name / Adresse der wichtigsten Bezugsperson:

---

---

---

---

---

## Behinderungen

### Beweglichkeit:

**Gehen:**  mit Gehhilfe (z.B. „Böckli“, Rollator...)  ohne Gehhilfe

mit Hilfsperson  wechselnd  selbständig

**Fortbewegung im Rollstuhl:**  mit Hilfsperson  wechselnd  selbständig

**Transfer (z. B. Bett/Stuhl):**  unselbständig  wechselnd  selbständig

**Essen:**  unselbständig  mit wenig Hilfe  selbständig

Sondernahrung:  Ja  Nein

Spezielle Kost: \_\_\_\_\_

**An- und Ausziehen:**  unmöglich  mit wenig Hilfe  selbständig

**Körperpflege:**  unmöglich  mit wenig Hilfe  selbständig

Decubitus:  Ja  Nein

WC-Benützung:  unmöglich  mit wenig Hilfe  selbständig

Urininkontinenz:  Ja  Nein **Dauerkatheter:**  Ja  Nein

Stuhlinkontinenz:  Ja  Nein

**Visus:**  stark eingeschränkt  leicht eingeschränkt oder normal

**Gehör:**  stark eingeschränkt  leicht eingeschränkt oder normal

**Sprachliche Verständigung:**  unmöglich  eingeschränkt  möglich

**Orientierung fehlend in:**  Zeit  Ort  Situation  Person

---

## Radiologische Untersuchung auf Lungentuberkulose

Gemäss Richtlinien des Kantosarztes betr. Massnahmen zur Tuberkulosebekämpfung in Alters- und Pflegeheimen

Datum Thorax-RX-Untersuchung innert der letzten 6 Monate \_ \_\_\_\_\_

Hinweise für aktive Tbc **Nein**

**Ja**  (eingeleitete Massnahmen bitte unter „Bemerkungen und Ergänzungen“  
aufführen.)

---

## Bemerkungen und Ergänzungen

---

---

---

---

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Stempel / Telefon / Unterschrift  
des untersuchenden Arztes:

Ort / Datum

---