

Dieses Arztzeugnis, welches vom behandelnden Arzt vervollständigt wird, muss in einem verschlossenen Couvert mit dem Vermerk „zu Händen der Pflegedienstleitung“ dem Heim abgegeben werden. **Zum Zeitpunkt des Eintritts wird eine Kopie des Arztzeugnisses dem Vertrauensarzt der Krankenkasse sowie dem Kantonsarzt zugestellt. Dieses Arztzeugnis hat eine Gültigkeit von 6 Monaten und bestätigt dass die Einweisung in ein Pflegeheim notwendig ist.**

**Personalien**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Zivilstand: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Grund für die Aufnahme in ein Pflegeheim**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Diagnose**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gegenwärtige Behandlung**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Physiotherapie  Ja  Nein  
Ergotherapie  Ja  Nein

**Krankengeschichte, medizinisch, chirurgisch, Spitalaufenthalte**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_  
Hörvermögen \_\_\_\_\_  
Sehvermögen \_\_\_\_\_

Code: FOR-6.1-02	Autoren: Dir	Seite: 1/2	Datum: 20.01.11
Version : 0	Freigabe: MA	Datei: Arztzeugnis.docx	

### Allgemeiner Gesundheitszustand (Kurzbeschreibung)

.....  
.....  
.....  
.....

### Allgemeiner psychischer Zustand

Orientierungsvermögen .....

Erinnerungsvermögen .....

Mitteilungsvermögen .....

Psychisches Verhalten .....

Schlaf .....

Andere .....

### Selbständigkeit

Ernährung .....

Hygiene .....

Fortbewegung (Hilfsm.) .....

(In)Kontinenz .....

Inkontinenz infolge Krankheit oder Unfall (nicht altersbedingt) wie multiple Sklerose, Querschnittlähmung, Cerebrallähmung, Parkinson, Demenz?  Ja  Nein

### Bemerkungen

.....  
.....  
.....

Datum .....

Unterschrift .....

(Stempel / Unterschrift oder Druckbuchstaben)

Eintrittsdatum .....

Kopie an: Vertrauensarzt Krankenkasse, Kantonsarzt, Pflegedossier

Code: FOR-6.1-02	Autoren: Dir	Seite: 2/2	Datum: 20.01.11
Version : 0	Freigabe: MA	Datei: Arztzeugnis.docx	