



Angaben zur Pflege und Betreuung

Ergänzende Angaben zum Arztzeugnis

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Grundpflege / An- und Ausziehen

- selbstständig
- Unterstützung beim Baden, Duschen, Anziehen, usw.
- vollständige Pflegeabhängigkeit

Bewegung im Bett

- selbstständig
- mit wenig Unterstützung
- Unterstützung durch eine Person
- Unterstützung durch mehrere Personen
- vollständige Immobilität

Gehfähigkeit

- gehfähig
- gehfähig mit Hilfe einer Person und
 Krücken/Stock Böckli Rollator
- gehfähig mit Hilfe einer Person
- nicht gehfähig (Rollstuhl)
- Sturzgefährdung

Transfer

- selbstständig
- mit wenig Unterstützung
- Unterstützung durch eine Person (aufstehen, absitzen)
- Unterstützung durch mehrere Personen

Tages-/Nachtrhythmus

- normaler Tages-/Nachtrhythmus
- Tag-Nacht-Umkehr
- Zeitweise Unruhe
 am Tag nachts
- andauernde Unruhe

Kognition

- vollständig orientiert
- Orientierung eingeschränkt/fehlt:
 örtlich zeitlich situativ
- weglaufgefährdet

Bitte Rückseite beachten



Ernährung

- selbstständig
 - mit wenig Unterstützung
 - vollständige Unterstützung
 - Sondennahrung
 - Spezielle Kost/Diät
-
-
-

WC-Benützung

- selbstständig
 - mit wenig Unterstützung
 - nicht möglich
- Urininkontinenz: ja nein
- Dauerkatheter: ja nein
- Suprapubischer: ja nein
- Toilettentraining: ja nein
- Stuhlinkontinenz: ja nein

Alltagsgestaltung

- selbstständige Alltagsgestaltung
 - braucht Motivierung, Beratung, Anweisung
 - keine Eigenaktivität,
lässt sich zu Aktivitäten animieren
 - Überwiegend passive Teilhabe
-
-
-

Spezielle Massnahmen

- Port-a-Cath
 - Wundverbände
 - Decubitus / spez. Matratze
 - Cpap / Bipap
 - Infusionstherapie
 - Sauerstoff fix portabel
 - Klingelmatte
-
-

Zusätzliche Bemerkungen (beispielsweise soziale Situation)

Zuständige Person:	Institution:
Strasse:	PLZ/Ort:
Tel. P:	Tel. G:
Natel:	E-Mail:
Datum:	Unterschrift: