

Zeugnis senden an: Alterszentrum im Geeren, Kundendienst, Kirchhügelstrasse 5, 8472 Seuzach
oder per Mail an bettendispo.azig@hin.ch

Ärztliches Aufnahme Zeugnis ins Alterszentrum im Geeren

durch den Hausarzt auszufüllen, bitte zutreffendes ankreuzen

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pflegewohngruppe | <input type="checkbox"/> Altersheim | <input type="checkbox"/> Tagesbetreuung |
| <input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt | <input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt | |
| <input type="checkbox"/> Pflege- und Betreuungsaufenthalt | <input type="checkbox"/> Pflege- und Betreuungsaufenthalt | |

(Akut- und Übergangspflege 14 Tage - nur von Spital mit AÜP Verordnung)

1. Personalien

Name und Vorname: _____

Geboren am _____ Zivilstand: _____

Wohngemeinde: _____ Konfession: _____

Letzte Wohnadresse: _____

Patient(-in) wohnt: allein mit Ehepartner(-in) bei Angehörigen in einer Institution

2. Einweisungsgrund:

- rein körperliche Schwäche
- nervlich-psychische Störungen
- soziale Indikation

Aufnahmezeitpunkt:

- vorsorgliche Anmeldung
- baldmöglichst

Wichtigste Befunde bei der Anmeldung

Die Patientin, der Patient ist:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> örtlich orientiert | <input type="checkbox"/> aggressiv |
| <input type="checkbox"/> zeitlich orientiert | <input type="checkbox"/> weglaufgefährdet |
| <input type="checkbox"/> zur eigenen Person orientiert | <input type="checkbox"/> suizidal |

Liegt eine Suchtproblematik vor, wenn ja, welche?

Bestehen: Kontrakturen Ulcus Dekubitus wenn ja wo: _____

3. Diagnosen von Hausarzt selbst

4. Behandlung

DK-Träger nein ja → Grund: medizinisch pflegerisch → letzter Wechsel/Datum: _____

Sonden nein ja → Magensonde PEG Sonde → letzter Wechsel/Datum: _____

Stoma-Träger nein ja → _____

Sauerstoff nein ja → _____

Diäten nein ja → _____

Wundbehandlung ja (Material) → _____

Therapien (hat der Pat. z.Z. Therapie?) Physio Ergo Logo

Andere Behandlungen: _____

Ziel: _____

5. Aktuelle Medikamente

Name / Dosierung / Form	Morgen	Mittag	Abend	Nacht
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Reservemedikation

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Unverträglichkeiten/Allergien: _____

Fanden Medikamentenwechsel in den letzten 30 Tagen statt:

nein ja Welche: _____

6. Diverses

Wer ist die beauftragte Kontaktperson: Angehörige Beistandschaft Sozialdienst

Name, Adresse, Telefonnummer: _____

Wir sind sehr dankbar, wenn wir beim Eintritt eine aktuelle Mitteilung mit den bisherigen Therapien, Untersuchungen, Laborwerten etc. erhalten, sowie allenfalls Kopien von Austrittsberichten.

Ort; Datum: _____

Der behandelnde Arzt:
(Stempel und Unterschrift)