

**Zeugnis senden an:** Alterszentrum im Geeren, Kundendienst, Kirchhügelstrasse 5, 8472 Seuzach  
oder per Mail an kundendienst@imgeeren.ch

## Ärztliches Aufnahme-Zeugnis ins Alterszentrum im Geeren

durch den Hausarzt/ die Hausärztin auszufüllen, bitte zutreffendes ankreuzen

- Pflegewohngruppe**                       **Tagesbetreuung**
- Feriendaufenthalt
- 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:

- örtlich orientiert                       aggressiv
- zeitlich orientiert                       weglaufgefährdet
- zur eigenen Person orientiert       suizidal

Liegt eine Suchtproblematik vor, wenn ja, welche?

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

Bestehen:    Kontrakturen    Ulcus    Dekubitus      wenn ja wo: \_\_\_\_\_

### 3. Diagnosen von Hausarzt/ von der Hausärztin 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/Ärztin:

(Stempel und Unterschrift)