

**Zeugnis senden an:** Alterszentrum im Geeren, Bettendisposition, Kirchhügelstrasse 5, 8472 Seuzach  
Tel.: 052 320 11 41 , Fax: 052 320 11 48 oder per Mail an [bettendispo.azig@hin.ch](mailto:bettendispo.azig@hin.ch)

## Ärztliches Zeugnis zur Aufnahme ins Alterszentrum im Geeren

Durch den Hausarzt auszufüllen / Zutreffendes ankreuzen

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Pflegeheim</b>                | <input type="checkbox"/> <b>Altersheim</b>                | <input type="checkbox"/> <b>Tagesheim</b> |
| <input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt                 | <input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt                 |   |
| <input type="checkbox"/> Pflege- und Betreuungsaufenthalt | <input type="checkbox"/> Pflege- und Betreuungsaufenthalt |   |
| <input type="checkbox"/> Pflegenotfall                    |   |   |

(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 ) → \_\_\_\_\_

**Therapie:** steht der Pat. z.Zt. in 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)