

Ärztlicher Bericht für Bewohnenden-Aufnahme

1. Personalien Patient/-in

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

PLZ/Ort

Vorname/Name Angehörige

Telefon/E-Mail Angehörige

Die Angehörigen wurden über diese
Anmeldung orientiert am (Datum):

2. Pflegebedürftigkeit

Essen und Trinken

selbstständig

teilweise

unselbständig

Tägliche Körperpflege

selbstständig

teilweise

unselbständig

Benützen der Toilette

selbstständig

teilweise

unselbständig

An- und Auskleiden

selbstständig

teilweise

unselbständig

Urininkontinenz

keine

teilweise

vollständig

Stuhlinkontinenz

keine

teilweise

vollständig

Bettlägerig

keine

teilweise

vollständig

Gehen / Gehhilfen

keine

teilweise

vollständig

Wird Patient/-in von einer Spitex-
Organisation betreut?

ja

nein

Wenn ja, von welcher?

3. Einschätzung der Demenzerkrankung/Stufe nach Reisberg

Stufe/ Stadium	Kognitive Leistungseinbussen/ Schweregrad	Klinische Wertung der Demenzstadien (bitte zutreffende Stufe ankreuzen)				Erläuterungen
1	keine Demenz	normal				Keine Symptome/ Normal
2	zweifelhafte Demenz	normal				Vergesslichkeit
3	geringe Demenz		leicht			Versagen bei komplexen Aufgaben in Beruf und Gesellschaft
4	mässige Demenz		leicht-mittel			Schwierigkeiten bei schwierigen Aufgaben des täglichen Lebens (Einkaufen, Einladungen, etc)
5	mittelschwere Demenz			mittel		Schwierigkeiten bei alltäglichen Entscheidungen (Kleidung, Baden)
6	schwere Demenz			mittel- schwer		Verlust grundlegender Tätigkeiten des Alltages, Anziehen Baden, Toilettengang, Urin- Stuhlinkontienz
7	sehr schwere Demenz				schwer	Stufenweiser Verlust von Sprache, Gehfähigkeit, Sitzfähigkeit, Lachen, Kopf halten

Optische Wahrnehmungsstörung	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	leicht	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	schwer
Akustische Wahrnehmungsstörung	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	leicht	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	schwer
Taktile Wahrnehmungsstörung	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	leicht	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	schwer
Affektstörungen	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	leicht	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	schwer
Selbst- und Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	leicht	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	schwer

Mini-Mental Status (falls abgeklärt)
vom (Datum):

Ergebnis:

Intervention:

4. Psychische und psychoorganische Anamnese

5. Somatischer Befund / kurze Anamnese

6. Mund- und Zahnstatus

Status erfasst?

 ja nein

Falls ja, Befund:

Empfehlung Zahnarztkonsultation?

 ja nein

7. Aktuelle Diagnosen

8. Aktuelle medikamentöse und andere Therapien

Name	Dosierung	Zeitintervall				Applikationsart
		Mo.	Mi.	Ab.	Na.	

9. Di-Te-Impfung

Datum der letzten Di-Te-Impfung:

Wenn länger als 20 Jahre zurück, bitte nachimpfen.

10. letzte Untersuchung

Datum der letzten Untersuchung:

Bitte Kopien von aktuellen Spitalberichten beilegen. Vielen Dank.

11. Unterschrift

Ort und Datum:

Unterschrift/Stempel
Hausarzt/Hausärztin

Einwilligung zur Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Für die Aufnahme auf die Warteliste mit der passenden Wohnform wird ein ärztliches Zeugnis benötigt. Zudem soll gewährleistet sein, dass bei einem Aufenthalt im Alterszentrum Frohmatt auch in einer Notfallsituation adäquat reagiert werden kann. Das Alterszentrum Frohmatt verpflichtet sich, diese Angaben vertraulich und mit der nötigen Sorgfalt zu behandeln.

1. Personalien Patient/-in

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

PLZ/Ort

Hausarzt (Stempel)

Hiermit bestätige ich, dass der/die oben genannte Hausarzt/Hausärztin gegenüber dem Alterszentrum Frohmatt von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden ist und meine Krankheitsdiagnosen, die persönlichen Medikamente und weitere relevante Angaben bekannt geben darf.

Ort und Datum:

Unterschrift Patient/-in