**Arztzeugnis für Langzeitkranke und Behinderte im Kanton Bern**

Der Anmeldung in verschlossenem Umschlag beilegen

An die ärztliche Leitung

Name Vorname

Adresse Plz Ort

Geburtstag Telefon

Definitiver Aufenthalt: 🞎 Ja 🞎 Nein Ferienaufenthalt: 🞎 Ja 🞎 Nein

Weitere Heimanmeldungen: 🞎 Ja 🞎 Nein wenn ja, wo:

**Diagnosen**

**Therapie** (Medikamente, Physio-, Ergo- Aktivierungstherapie, anderes)

Letzter Spitalaufenthalt, wo:

von: bis: Bitte wichtige Berichte beilegen

**Soziale Situation**

Der Patient kann seine Wohnung 🞎 allein 🞎 in Begleitung 🞎 nie verlassen

Wo hält sich der Patient zur Zeit auf:

seit: Rückkehr nach Hause 🞎 möglich 🞎 wahrscheinlich 🞎 unmöglich

Betreuung des Patienten zu Hause durch: 🞎 Partner 🞎 Angehörige 🞎 Bekannte

🞎 Hauspflege 🞎 Gemeindekrankenpfleger 🞎 Haushilfe 🞎 Sozialarbeiter

🞎 Hilfswerk 🞎 andere:

Name / Adresse der wichtigsten Bezugsperson:

**Behinderungen**

**Beweglichkeit:**

**Gehen:** 🞎 mit Gehhilfe (z.B. „Böckli“, Rollator…) 🞎 ohne Gehhilfe

🞎 mit Hilfsperson 🞎 wechselnd 🞎 selbständig

**Fortbewegung im Rollstuhl:** 🞎 mit Hilfsperson 🞎 wechselnd 🞎 selbständig

**Transfer (z. B. Bett/Stuhl):** 🞎 unselbständig 🞎 wechselnd 🞎 selbständig

**Essen:** 🞎 unselbständig 🞎 mit wenig Hilfe 🞎 selbständig

Sondernahrung: 🞎 Ja 🞎 Nein

Spezielle Kost:

**An- und Ausziehen:** 🞎 unmöglich 🞎 mit wenig Hilfe 🞎 selbständig

**Körperpflege:** 🞎 unmöglich 🞎 mit wenig Hilfe 🞎 selbständig

Decubitus: 🞎 Ja 🞎 Nein

WC-Benützung: 🞎 unmöglich 🞎 mit wenig Hilfe 🞎 selbständig

Urininkontinenz: 🞎 Ja 🞎 Nein Dauerkatheter: 🞎 Ja 🞎 Nein

Stuhlinkontinenz: 🞎 Ja 🞎 Nein

**Visus:** 🞎 stark eingeschränkt 🞎 leicht eingeschränkt oder normal

**Gehör:** 🞎 stark eingeschränkt 🞎 leicht eingeschränkt oder normal

**Sprachliche Verständigung:** 🞎 unmöglich 🞎 eingeschränkt 🞎 möglich

**Orientierung fehlend in:** 🞎 Zeit 🞎 Ort 🞎 Situation 🞎 Person

**Radiologische Untersuchung auf Lungentuberkulose**

Gemäss Richtlinien des Kantosarztes betr. Massnahmen zur Tuberkulosebekämpfung in Alters- und Pflegeheimen

Datum Thorax-RX-Untersuchung innert der letzten 6 Monate

Hinweise für aktive Tbc Nein 🞎

Ja 🞎 (eingeleitete Massnahmen bitte unter „Bemerkungen und Ergänzungen“ aufführen.)

**Bemerkungen und Ergänzungen**

Hausarzt:

Stempel / Telefon / Unterschrift

des untersuchenden Arztes:

Ort / Datum