

**Arztzeugnis** für Langzeitkranke und Behinderte im Kanton Bern (der Anmeldung in verschlossenem Umschlag beizulegen)

**Personalien**

|                     |   |   |                                       |
|---------------------|---|---|---------------------------------------|
| Name _____          |   | Vorname _____                                     |                                       |
| Geburtsdatum _____  |   | Tel. Nr. _____                                    |                                       |
| Strasse / Nr. _____ |   | PLZ / Wohnort _____                               |                                       |
| Telefon/Mobil _____ |   | E-Mail _____                                      |                                       |
| Zuweisende Person   | <input type="checkbox"/> Selber                 | <input type="checkbox"/> Angehörige, Bezugsperson | <input type="checkbox"/> Arzt         |
| Eintritt von        | <input type="checkbox"/> Zuhause                | <input type="checkbox"/> Spital                   | <input type="checkbox"/> Reha Klinik  |
|                     | <input type="checkbox"/> Definitiver Aufenthalt | <input type="checkbox"/> Ferientaufenthalt        | <input type="checkbox"/> Dauer: _____ |
| Rückkehr nach Hause | <input type="checkbox"/> möglich                | <input type="checkbox"/> wahrscheinlich           | <input type="checkbox"/> unmöglich    |

**Medizinische Angaben**

**Diagnose** (kann durch einen Austrittsbericht, sofern aufschlussreich, auch als Beilage zugestellt/ersetzt, werden)

---



---



---

**Gegenwärtige Medikation** (kann durch ausgedruckte Medikamentenliste und als Beilage zugestellt/ersetzt werden)

---



---



---

**Nebendiagnosen** (Krankheiten, Unfälle, Spitalaufenthalte, (wann) Anamnese und Verlauf des zur Pflege- oder Betreuungsbedürftigen führenden Leidens, sofern nicht aus beigelegten Berichten ersichtlich)

---



---

- MMS-Punkte (bei Anmeldung für Demenzwohngruppe zwingend, sonst bei Verdacht auf Demenz)

Datum \_\_\_\_\_ Resultat \_\_\_\_\_

- Bei chronischen Wunden (länger als 4 Wochen) Ulcus/Dekubitus zwingend MRSA-Abstrich

Datum \_\_\_\_\_  negativ  positiv

- Andere multiresistente Infekte (bspw. ESBL)

Datum \_\_\_\_\_  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

## Soziale Situation

Betreuung der Person zu Hause durch

Bezugsperson

Spitex

andere \_\_\_\_\_

Name / Adresse der wichtigsten Bezugsperson \_\_\_\_\_

## Aktueller Gesundheitszustand

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)  mit Hilfsperson

wechselnd

selbständig

Essen

unselbständig

mit wenig Hilfe

selbständig

Sonden Nahrung

ja  nein

Spezielle Kost \_\_\_\_\_

Körperpflege

unmöglich

mit wenig Hilfe

selbständig

Dekubitus

ja

nein

WC-Benützung

unmöglich

mit wenig Hilfe

selbständig

Urininkontinenz

ja  nein

Dauerkatheter: An- und Ausziehen

unmöglich

mit wenig Hilfe

selbständig

Stuhlinkontinenz

ja

nein

Verständigung

unmöglich

eingeschränkt

möglich

Orientierung fehlend in

Zeit  Ort

Situation

Person

Sauerstofftherapie

intermittierend

dauernd

## Radiologische Untersuchung auf Lungentuberkulose

Gemäss Richtlinien des Kantonsarztes 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

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Arzt \_\_\_\_\_

(Stempel/Telefon/Unterschrift des untersuchenden Arztes)