

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

(Der Anmeldung in verschlossenem Umschlag beilegen)

Personalien			
Name		AHV-Nr	
Vorname		Geburtsdatum	
Adresse: Str./Nr.		Telefon	
PLZ/Wohnort		Angemeldet in	
Definitiver Aufenthalt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Ferner auch in	
Weitere Heimanmeldungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Ferienaufenthalt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Diagnosen			
Therapie (Medikamente, Physio-, Ergo-, Aktivierungstherapie, anderes)			
Letzter Spitalaufenthalt, wo:			
von:		bis:	Bitte wichtige Berichte beilegen
Soziale Situation			
Der Patient kann seine Wohnung <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> in Begleitung <input type="checkbox"/> nie verlassen			
Wo hält sich der Patient zurzeit auf:			
seit:		Rückkehr nach Hause <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> unmöglich	
Betreuung des Patienten zu Hause durch:			
<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Partner	<input type="checkbox"/> Bekannte	
<input type="checkbox"/> Haushilfe	<input type="checkbox"/> Hauspflege	<input type="checkbox"/> Spitex	
<input type="checkbox"/> Hilfswerk	<input type="checkbox"/> Sozialarbeiter	<input type="checkbox"/> andere	
Name/Adresse der wichtigsten Bezugsperson:			

Behinderungen			
Beweglichkeit			
Gehen:	<input type="checkbox"/> mit Gehhilfe (z.B. „Böckli/Rollator		<input type="checkbox"/> ohne Gehhilfe
	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> selbständig
Fortbewegung im Rollstuhl:	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> selbständig
Transfer (z.B. Bett/Stuhl):	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> selbständig
Essen	<input type="checkbox"/> unselbständig	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
Sondernahrung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Spezielle Kost:			
An- und Ausziehen:	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
Körperpflege:	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
Decubitus:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
WC- Benützung:	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
Urininkontinenz:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stuhlinkontinenz:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Visus:	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt oder normal	
Gehör:	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt oder normal	
Sprachliche Verständigung:	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> möglich
Orientierung fehlend in:	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> Situation <input type="checkbox"/> Person
Bemerkungen und Ergänzungen			
Hausarzt:			

Stempel/Telefon/Unterschrift
des untersuchenden Arztes:

Ort/Datum