für Langzeitkranke und Behinderte im Kanton Bern

(der Anmeldung in verschlossenem Umschlag beilegen)

**Arztzeugnis**

An die ärztliche Leitung **Beratung und Aufnahme**

**dahlia oberaargau ag**

Stelliweg 24

3360 Herzogenbuchsee

Tel. 032 636 57 57

aufnahme@dahlia-oberaargau.ch

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse: Tel. Nr.

Definitiver Aufenthalt  Ferienaufenthalt  Übergangspflege

weitere Heimaufenthalte:  ja  nein wenn ja, wo:

**Diagnosen**

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

Letzter Spitalaufenthalt in:

von: bis: Bitte wichtige Berichte beilegen

**Soziale Situation**

Der Patient kann seine Wohnung:  alleine  in Begleitung  nie verlassen

Wo hält sich der Patient zurzeit auf:

seit: Rückkehr nach Hause ist:  möglich  wahrscheinlich  unmöglich

**Betreuung des Patienten zu Hause durch:**

Angehörige  Partner  Bekannte

Haushilfe  Hauspflege  Gemeindekrankenpflege  Sozialarbeiter   
 Hilfswerk  andere:

Name/Adresse der wichtigsten Bezugsperson:

**Behinderungen**

**Beweglichkeit:**  mit Gehhilfe (z. B. "Böckli", Rollator)  ohne Gehilfe

Gehen:  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

Dekubitus:  ja  nein

**WC-Benützung:**  mit Hilfsperson  wechselnd  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 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:**

**Hausarzt:**

**Ort/Datum Stempel/Telefon/Unterschrift Arzt**