Gesundheitszentrum Dielsdorf

Pflege und MEHR

Formular Arztzeugnis

Patientin / Patient

☐ weiblich ☐ männlich

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Geb. Dat. _____

Gewünschter Aufenthalt

☐ stationär
(Bspw. rehabilitative Akut- und Übergangspflege, allgemeine Langzeitpflege, Schwerpunkt Palliative Care, Schwerpunkt Demenz)
☐ teilstationär
(Bspw. Tagesgäste, befristeter Aufenthalt)

Eintrittswunsch

Datum _____

Hauptdiagnose

_____

_____

_____

Nebendiagnose

_____

_____

Allergien

_____

Besonderes

☐ O^2 ☐ Dialyse ☐ MRSA ☐ ESBL

Keim: _____

☐ Wunden: _____

Anderes: _____

Aktuelle Medikation

kann durch aktuelle Medi-Liste und als Beilage zugestellt, ersetzt werden

Medikamente	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Besonderes

Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Orientierung	☐ voll orientiert	☐ leicht verwirrt	☐ stark verwirrt Weglaufgefahr: ☐ ja ☐ nein
Psych. Zustand	☐ Selbstgefährdung	☐ Fremdgefährdung	Anderes: _____
Mobilität	☐ selbständig	☐ mit Unterstützung	☐ bettlägerig
Hilfsmittel	☐ keine	☐ Rollator/Gehstock/Böckli	☐ Rollstuhl
Körperpflege	☐ selbständig	☐ mit Unterstützung	☐ nur mit Hilfe
Ausscheidung	☐ selbständig	☐ Urininkontinenz ☐ Stuhlinkontinenz	☐ Blasenkatheter
Ernährung	☐ selbständig	☐ mit Unterstützung ☐ nur mit Hilfe	☐ Nahrungssonde
Spezielles	☐ PEG / ☐ Sauerstoff	☐ Tracheostoma	☐ BMI: _____

Beilagen

☐ Röntgenbilder ☐ Labor ☐ EKG Austrittsbericht: _____

Anderes: _____

Ort, Datum: _____ **Name:** _____

Stempel und Unterschrift

Wir bitten Sie, das Arztzeugnis an folgende Adresse zu senden
Gesundheitszentrum Dielsdorf, Beratungs- und Sozialdienst, Breitestrasse 11, 8157 Dielsdorf
sozialdienst@gzdielsdorf.ch