

Ärztliches Zeugnis zur Aufnahme in die Frohmann

1. Personalien

Name und Vorname

Geburtsdatum

Wohnadresse

Adresse und Telefonnummer
der Angehörigen

Die Angehörigen wurden über diese Anmeldung orientiert am

2. Pflegebedürftigkeit

	selbständig	teilweise	unselbständig
Essen und Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tägliche Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benützen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nein	teilweise	vollständig
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen / Gehhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient wird durch Spitex betreut ja nein

3. Einschätzung der Demenzerkrankung/Stufe nach Reisberg

Bitte aktuelle Stufe ankreuzen.

Stufe/Stadium	Kognitive Leistungseinbußen/ Schweregrad	Klinische Wertung der Demenzstadien				
1	keine Demenz	normal				Keine Symptome/Normal
2	zweifelhafte Demenz	normal				Vergesslichkeit
3	geringe Demenz		leicht			Versagen bei komplexen Aufgaben in Beruf und Gesellschaft
4	mäßige Demenz		leicht-mittel			Schwierigkeiten bei schwierigen Aufgaben des täglichen Lebens (Einkaufen, Einladungen, etc)
5	Mittelschwere Demenz			mittel		Schwierigkeiten bei alltäglichen Entscheidungen (Kleidung, baden)
6	schwere Demenz			mittel-schwer		Verlust grundlegender Tätigkeiten des Alltages, Anziehen Baden, Toilettengang, Urin- Stuhlinkontinenz
7	sehr schwere Demenz				schwer	Stufenweiser Verlust von Sprache, Gehfähigkeit, Sitzfähigkeit, Lachen, Kopf halten

	nein	leicht	mittel	schwer
Optische Wahrnehmungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akustische Wahrnehmungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taktile Wahrnehmungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affektstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbst- und Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mini-Mental Status (falls abgeklärt) vom: Ergebnis:..... ..Intervention:.....

4. Psychische und psychoorganische Anamnese

.....

.....

.....

5. Somatischer Befund / kurze Anamnese

.....

.....

6. Mund- und Zahnstatus erfasst?
 ja nein

Falls ja, Befund:

.....

.....

.....

Empfehlung Zahnarztkonsultation ja nein

7. Aktuelle Diagnosen

.....

.....

.....

8. Aktuelle medikamentöse und andere Therapien (Name, Dosierung, Applikationsart, Zeitintervall)

.....

.....

.....

.....

9. Datum der letzten Di-Te-Impfung:
 Wenn länger als 20 Jahre zurück, bitte nachimpfen.

Bitte Kopien von aktuellen Spitalberichten beilegen. Danke!

Datum der letzten Untersuchung:

Ort und Datum:

Unterschrift und Stempel des Arztes:

Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Angaben der anmeldenden Person

Name und Vorname

Geburtsdatum

Wohnadresse

Angaben zum Hausarzt

Name und Vorname

Adresse

Um eine Aufnahme in die 1. Priorität der Warteliste vorzunehmen, ist eine Anmeldung sowie ein ärztliches Zeugnis unerlässlich. Der Frohmatt ist es wichtig, dass Menschen in der für sie passenden Wohnform leben können. Zudem soll gewährleistet sein, dass bei einem späteren Aufenthalt in der Frohmatt auch in einer Notfallsituation adäquat reagiert werden kann. Deshalb ist es nötig, zusätzlich zur Anmeldung auch Angaben aus medizinischer Sicht zu erhalten.

Einwilligung zur Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit bestätige ich, dass der oben genannte Arzt gegenüber dem Alterszentrum Frohmatt von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden ist und meine Krankheitsdiagnosen, die persönlichen Medikamente und weitere relevante Angaben bekannt geben darf.

Das Alterszentrum Frohmatt verpflichtet sich, diese Angaben vertraulich und mit der nötigen Sorgfalt zu behandeln.

Ort, Datum und Unterschrift:

.....