



## Eintrittsformular- Ärztliches Zeugnis

Dieses Eintrittsformular ist vom behandelnden Arzt auszufüllen für die Aufnahme im Altersheim Städtli.

### Personalien

Name			
Vorname			
Strasse			
Ort			
Geburtsdatum			
Heimatort			
Bezugsperson 1		Beziehung:	
Bezugsperson 2		Beziehung:	
<b>Hausarzt</b>			
Name			
Adresse			
Telefon			
Email			
Betreuung	Betreuung weiterhin durch Sie? (inkl. Hausbesuche)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

### Pflegerische Stammdaten

System	Diagnose	Bemerkung	Ja	Nein
Wundmanagement	Sind aktuell Wunden vorhanden? Wenn ja, welche?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehhilfen	Rollator, Gehstock, Krücken?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	Besteht eine Bettlägrigkeit? Rollstuhl?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontinenz	Urininkontinenz? Wenn ja, welcher Grad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontinenz	Stuhlinkontinenz?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung	Zeitlich orientiert?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Örtlich orientiert?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Situativ orientiert?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	Pollen, Medikamente, Lebensmittel, sonstige?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Titel: Ärztliches Eintrittszeugnis	Dokumententyp: Formular	Version: 1.0	Seite(n): 1
Erstellt am: 12.11.2021	Geändert am:	Freigabe durch: Hässig Elisabeth, PDL	



System	Diagnose	Bemerkung	Ja	Nein
Transfusion	Letzte Transfusion? Wenn ja, Art (Ec, Thrombocyten,...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgruppe	Welche Blutgruppe besteht?	Blutgruppe:	Rhesusfaktor:	
Gewicht	kg			
Grösse	cm			
Nutritional Risk	Welcher NRS-Wert besteht aktuell?			

## Fragen zum Gesundheitszustand

System	Diagnose	Bemerkung	Ja	Nein
Kreislauf	Hypertonie, Hypotonie, CVI, TIA?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz	Angina pectoris, Herzinfarkt, - fehler, -rhythmusstörungen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge	Asthma bronchiale, chronische Bronchitis?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niere/Blase	Nieren- oder Blasenkrankheit, Nieren- steine, Harnleitersteine?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber	Gelbsucht, Hepatitis, Leberzirrhose?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen	Magengeschwür, Reflux, Emesis?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse	Hyperthyreose, Hypothyreose, Struma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechsel	z.b. Hypercholesterinämie, Gicht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	Diabetes mellitus Typ1 ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes mellitus Typ 2 ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skelett	Wirbelsäulen-, Gelenkbeschwerden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Titel: Ärztliches Eintrittszeugnis	Dokumententyp: Formular	Version: 1.0	Seite(n): 2
Erstellt am: 12.11.2021	Geändert am:	Freigabe durch: Hässig Elisabeth, PDL	



System	Diagnose	Bemerkung	Ja	Nein
Neurologie	Migräne, Epilepsie, Lähmungen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Demenz, Alzheimer?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MMT vorhanden? Wenn ja, welches Resultat?			
Psyche	Depressionen, Schizophrenie,		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnung	Verstärkte Blutungsneigung, Thrombose, Embolien, Gerinnungsstörungen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophthalmologie	Katarakt, Makuladegeneration?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otologie	Tinnitus, Hörsturz, Schwerhörigkeit, M. Ménière, Dreh- oder Lagerungsschwindel?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Diagnostik

Untersuchung	Letztmals am:	Bemerkung
EKG		
Röntgen Thorax		
Labor		
Sonstiges:		

## Medikamente

Bitte legen Sie eine aktuelle Medikamentenliste bei.

Titel: Ärztliches Eintrittszeugnis	Dokumententyp: Formular	Version: 1.0	Seite(n): 3
Erstellt am: 12.11.2021	Geändert am:	Freigabe durch: Hässig Elisabeth, PDL	



## Substanzkonsum

Substanz	Quantität	Bemerkung	Ja	Nein
Nikotin			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges				

## Weitere Informationen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Stempel Praxis

Titel: Ärztliches Eintrittszeugnis	Dokumententyp: Formular	Version: 1.0	Seite(n): 4
Erstellt am: 12.11.2021	Geändert am:	Freigabe durch: Hässig Elisabeth, PDL	