



Wir pflegen Menschlichkeit

Steinhof Luzern, Steinhofstrasse 10, CH-6005 Luzern

Tel. 041 319 60 00 www.steinhof-luzern.ch

ÄRZTLICHES ZEUGNIS ZUR AUFNAHME INS PFLEGEHEIM

In Blockschrift durch den Arzt / Ärztin

PERSONALIEN DER BEWOHNERIN / DES BEWOHNER

Name	Vorname	Geburtsdatum
Strasse		PLZ / Ort

AKTIVITÄTEN

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

s = selbständig / t = teilweise selbständig / v = vollständige Unterstützung

Körperpflege / Kleiden

s t v

Waschen ☐ ☐ ☐

Duschen ☐ ☐ ☐

Baden ☐ ☐ ☐

Aus- und anziehen ☐ ☐ ☐

Blasen- und Darmmanagement

s t v

Blasenentleerung ☐ ☐ ☐

Hilfsmittel / Ableitung: _____

Darmentleerung ☐ ☐ ☐

Hilfsmittel /Stoma: _____

Bewegen

s t v

Gehen / Mobilisation ☐ ☐ ☐

Transfer ☐ ☐ ☐

Hilfsmittel ☐ Rollstuhl ☐ Rollator ☐ Gehstock

Weitere Hilfsmittel und Besonderes: _____

Atmen

Hilfsmittel /O2 / Inhalation etc.) _____

Ernährung	s	t	v	Hilfsmittel
Essen	☐	☐	☐	_____
Trinken	☐	☐	☐	_____

Diät / Spezielles: _____

Kommunikation	s	t	v	Hilfsmittel
Sprechen	☐	☐	☐	_____
Sehen	☐	☐	☐	_____
Hören	☐	☐	☐	_____

Geistig / Emotional

Orientierung	örtlich	Ja ☐	Nein ☐
	zeitlich	Ja ☐	Nein ☐
	situativ	Ja ☐	Nein ☐
Emotional	ausgeglichen	Ja ☐	Nein ☐
	aggressiv	Ja ☐	Nein ☐
	depressiv	Ja ☐	Nein ☐

Psychischer Zustand: _____

Verbände

Wundverband	Ja ☐	Nein ☐
-------------	-----------------------------	-------------------------------

Wenn ja, welchen? Diagnose, Kausus der Wunde: Kausaltherapie Wunde

Begleitende Massnahmen / Wundmanagement:

Hautzustand: _____

Fix Medikation

Form / Applikation / Dosis	morgens	mittags	abends	nachts

Reserve Medikation / Indikation

Form / Applikation / Dosis	morgens	mittags	abends	nachts

ÄRZTLICHE DIAGNOSE

Infektionskrankheiten

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? _____ seit: _____

Besondere Massnahmen: _____

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes