

<b>Arztzeugnis für Langzeitkranke und Behinderte im Kanton Bern</b> (Der Anmeldung in verschlossenem Umschlag beilegen)			
<b>Personalien</b>		AHV-Nr	
Name		Geburtsdatum	
Vorname		Telefon	
Adresse: Str./Nr.		Angemeldet in	
PLZ/Wohnort		Ferner auch in	
Definitiver Aufenthalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ferienaufenthalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Heimanmeldungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Diagnosen</b>			
<b>Therapie</b> (Medikamente, Physio-, Ergo-, Aktivierungstherapie, anderes)			
Letzter Spitalaufenthalt, wo: von: _____ bis: _____ <b>Bitte wichtige Berichte beilegen</b>			
<b>Soziale Situation</b>			
Der Patient kann seine Wohnung <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> in Begleitung <input type="checkbox"/> nie verlassen			
Wo hält sich der Patient zur Zeit auf:			
seit: _____ Rückkehr nach Hause <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> unmöglich			
Betreuung des Patienten zu Hause durch:			
<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Partner	<input type="checkbox"/> Bekannte	
<input type="checkbox"/> Haushilfe	<input type="checkbox"/> Hauspflege	<input type="checkbox"/> Spitex	
<input type="checkbox"/> Hilfswerk	<input type="checkbox"/> Sozialarbeiter	<input type="checkbox"/> andere	
Name/Adresse der wichtigsten Bezugsperson:			

<b>Behinderungen</b>			
Beweglichkeit			
Gehen:	<input type="checkbox"/> mit Gehhilfe (z.B. „Böckli/Rollator	<input type="checkbox"/> ohne Gehhilfe	
	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> selbständig
Fortbewegung im Rollstuhl:	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> selbständig
Transfer (z.B. Bett/Stuhl):	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> selbständig
Essen	<input type="checkbox"/> unselbständig	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
Sondernahrung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Spezielle Kost:			
An- und Ausziehen:	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
Körperpflege:	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
Decubitus:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
WC- Benützung:	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
Urininkontinenz:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stuhlinkontinenz:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Visus:	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt oder normal	
Gehör:	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt oder normal	
Sprachliche Verständigung:	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> möglich
Orientierung fehlend in:	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> Situation <input type="checkbox"/> Person
<b>Bemerkungen und Ergänzungen</b>			
Hausarzt:			

Stempel/Telefon/Unterschrift  
des untersuchenden Arztes:

Ort/Datum