



Ärztliches Zeugnis (vom Arzt auszufüllen)

Das Regionale Pflegezentrum Baden arbeitet an den Standorten Baden und Wettingen seit Jahren erfolgreich mit dem Zentrumsarztsystem. Für die medizinische Betreuung und Behandlung stehen Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeine Innere Medizin, teilweise mit Zusatzqualifikationen in den Bereichen Geriatrie, Rehabilitation und Notfallmedizin zur Verfügung.

Die ärztliche Versorgung der Pflegewohngruppen ist durch das Hausarztsystem sichergestellt.

Bewohnerin / Bewohner

Name, Vorname	
Geb.-Datum	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
Aktueller Aufenthaltsort	
seit	

Hausärztin / Hausarzt

Name, Vorname	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
Tel. / Fax	
Email:	

Diagnosen



Demenzdiagnosen

Demenzabklärung (Memoryklinik, Psychiater, Neurologe)	Zeitpunkt

Letztes bildgebende Verfahren des Kopfes (CT, MRI, PET, SPECT)	Zeitpunkt

Minimentalstatus (MMS) / Uhrentest	Zeitpunkt

Barthel-Index (Alltagskompetenz)	Zeitpunkt

Allergien

--

Aktuelle Medikamente

Psychischer Zustand (z. B. Umwelt-Kontakt, Kognition, Antrieb, Affekt, Verhaltensauffälligkeiten)



Physischer Zustand

Gangstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Ausmass:
Mobilitätseinschränkung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Ausmass:
Dekubitus	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Lokalisation: Grad:

Visuseinschränkung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Ausmass:
Hörschädigung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Ausmass:

Sprachproduktion	uneingeschränkt <input type="checkbox"/>	eingeschränkt <input type="checkbox"/>	
Sprachverständnis	uneingeschränkt <input type="checkbox"/>	eingeschränkt <input type="checkbox"/>	
Schluckstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Ausmass: PEG <input type="checkbox"/>
Spezielle Diät	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	

Urininkontinenz	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Katheter	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Lokalisation:
Stuhlinkontinenz	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Anus praeter	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	

Suchtverhalten

Nikotin	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Alkohol	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Weitere Drogen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Welche

Übertragbare Erkrankungen / Keimbesiedelung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Welche
--	-------------------------------	-----------------------------	---------------

Beilagen: Kopie letzter Spitalaustrittsbericht

Datum:

Stempel / Unterschrift einweisender Arzt