

für Langzeitkranke und Behinderte im Kanton Bern
(Der Anmeldung in verschlossenem Umschlag beilegen.)

An die ärztliche Leitung

Name des Spitals, des Heimes, der Institution

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Adresse:

Strasse

PLZ/Ort

Definitiver Aufenthalt: ja nein Ferienaufenthalt: ja nein Weitere Heimanmeldungen: ja nein

wenn ja, wo:

Diagnosen

Therapie (Medikamente, Physio, Ergo-, Aktivierungstherapie, anderes)

Letzter Spitalaufenthalt, wo:

von:

bis:

Bitte wichtige Berichte beilegen

Soziale Situation

Der Patient kann seine Wohnung allein in Begleitung nie verlassen

Wo hält sich der Patient zurzeit auf:

seit:

Rückkehr nach Hause möglich

wahrscheinlich

unmöglich

Betreuung des Patienten zu Hause durch:

Haushilfe Hauspflege

Hilfswerk andere:

Angehörige

Partner

Bekannte

Gemeindekrankenpflege

Sozialarbeiter

Name/Adresse der wichtigsten Bezugsperson:

Behinderungen

Beweglichkeit:

- Gehen: mit Gehhilfe (z.B. „Böckli“, Rollator, ...) ohne Gehhilfe
 mit Hilfsperson wechselnd selbständig
- Fortbewegung im Rollstuhl: mit Hilfsperson wechselnd selbständig
 Transfer (z.B. Bett/Stuhl): unselbständig wechselnd selbständig

Essen:

- Sondernahrung: unselbständig mit wenig Hilfe selbständig
 ja nein

Spezielle Kost:

- An- und Ausziehen unmöglich mit wenig Hilfe selbständig
- Körperpflege: unmöglich mit wenig Hilfe selbständig
 Decubitus: ja nein
- WC-Benützung: unmöglich mit wenig Hilfe selbständig
 Urininkontinenz: ja nein Dauerkatheter: ja nein
 Stuhlinkontinenz: ja nein
- Visus: stark eingeschränkt leicht eingeschränkt oder normal
- Gehör: stark eingeschränkt leicht eingeschränkt oder normal
- Sprachliche Verständigung unmöglich eingeschränkt möglich
- Orientierung fehlend in: Zeit Ort Situation Person

Radiologische Untersuchung auf Lungentuberkulose

Gemäss Richtlinien des Kantonsarztes betr. Massnahmen zur Tuberkulosebekämpfung in Alters- und Pflegeheimen

Datum Thorax-RX-Untersuchung innert der letzten 6 Monate:

- Hinweise für aktive Tbc nein ja (eingeleitete Massnahmen bitte unter „Bemerkungen und Ergänzungen“ aufführen.)

Bemerkungen und Ergänzungen

Hausarzt:

Stempel/Telefon/Unterschrift
des untersuchenden Arztes:

Ort/Datum: