

# Arztzeugnis

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:

Adresse:

Tel.Nr.

Definitiver Aufenthalt:  ja  nein      Ferientaufenthalt:  ja  nein      weitere Heimaufenthalte:  ja  nein

wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

## Diagnosen

## Therapie (Medikamente, Physio-, Ergo- od. Aktivierungstherapie, anderes)

Letzter Spitalaufenthalt in:

von:

bis:

Bitte wichtige Berichte beilegen

## Soziale Situation

Der Patient kann seine Wohnung  alleine...  in Begleitung...  nie... ...verlassen

Wo hält sich der Patient zur Zeit auf: \_\_\_\_\_

seit:

Rückkehr nach Hause ist:

möglich

wahrscheinlich

unmöglich

Betreuung des Patienten zu Hause durch:

Angehörige

Partner

Bekannte

Haushilfe

Hauspflege

Gemeindefrankenflege

Sozialarbeiter

Hilfswerk

andere:

Name/Adresse der wichtigsten Bezugsperson: \_\_\_\_\_

---

**Behinderungen**

**Beweglichkeit:**  mit Gehilfe (z.B. "Böckli", Rollator)  ohne Gehilfe

Gehen:  mit Hilfsperson  wechselnd  selbständig

Fortbewegung im Rollstuhl:  mit Hilfsperson  wechselnd  selbständig

Transfer (z.B. Bett/Stuhl):  unselbständig  wechselnd  selbständig

**Essen:**  unselbständig  mit wenig Hilfe  selbständig

Sondernahrung:  ja  nein

Spezielle Kost:

---

**An- und Ausziehen:**  unmöglich  mit wenig Hilfe  selbständig

**Körperpflege:**  unmöglich  mit wenig Hilfe  selbständig

Dekubitus:  ja  nein

**WC-Benützung:**  mit Hilfsperson  wechselnd  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:

---

Ort/Datum

Stempel/Telefon/Unterschrift Arzt

---