

## Ärztliches Zeugnis für einen Eintritt ins Altersheim St. Urban

Die unten genannte Patientin /der unten genannte Patient wird demnächst in unser Altersheim St. Urban eintreten. Wir bitten Sie daher, dieses ärztliche Zeugnis auszufüllen. Bitte senden Sie das ausgefüllte Zeugnis an [anmeldung@altersheim-st-urban.ch](mailto:anmeldung@altersheim-st-urban.ch) Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie erreichen uns telefonisch unter **052 234 85 85**. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

### Personalien

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Kontaktdaten Hausärztin / Hausarzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kontaktdaten der engsten Bezugsperson: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Einweisungsgrund

- Körperliche Schwäche
- Psychische Schwäche
- Soziale Schwäche
- Unbekannt

### Bekannte Diagnosen

*Bitte einfügen oder beilegen*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Besteht eine ansteckende Krankheit**

- Ja: Welche \_\_\_\_\_
- Nein

**Gibt es Diagnosen zu multiresistenten Keimen?**

- Ja: Welche \_\_\_\_\_
- Nein

**Besteht eine psychiatrische Diagnose / Demenzdiagnose / Delir?**

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Hat eine Abklärung stattgefunden? Wenn ja, bitte die Unterlagen beilegen.

**Besteht aus ärztlicher Sicht ein Bedarf an Betreuung in einem geschützten Rahmen (z. B. aufgrund von Selbst- oder Fremdgefährdung, Weglaufgefahr, Desorientierung mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten)?**

- Ja
- Nein

**Therapien**

*Wenn vorhanden bitte Verordnung mitgeben*

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie

**Liegt eine Patientenverfügung vor?**

- Ja: Bitte Unterlagen beilegen.
- Nein
- Unbekannt

**Liegt ein Vorsorgeauftrag vor?**

- Ja: *Bitte Unterlagen beilegen.*
- Nein
- Unbekannt

**Ist die Patientin/der Patient im Zusammenhang mit dem Entscheid für einen Eintritt ins Altersheim urteilsfähig?**

- Ja  
 Nein: Name der zuständige Vertretungsperson \_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikation**

*Bitte einfügen oder beilegen*

Name / Dosierung / Form	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

**Fand in den letzten 30 Tagen ein Medikamentenwechsel statt?**

- Ja: Welcher \_\_\_\_\_  
 Nein

**Reservemedikation**

*Bitte in jedem Fall ausfüllen*

Symptom	Medikament / Dosis	Besonderes
<input type="checkbox"/> Schmerzen	1. Dafalgan Tbl. 500mg 4/24h 2. Novalgin Tbl. 500mg 4/24h 3. _____	
<input type="checkbox"/> Unruhe / Schlaf	1. Sanalepsi Trpf. 25/24h 2. _____	
<input type="checkbox"/> Obstipation <i>(siehe Wichtige Informationen zur Verordnung von Stuhlregulation)</i>	1. Movicol Sachets 2/24h 2. Laxoberon Trpf. 5-20/24h 3. Paragol 15-45ml/24h 4. Prontolax supp. 1/24h 5. Microlax Klis. 2/24h	
<input type="checkbox"/> Diarrhoe	1. Immodium lingual 2mg 4/24h	
<input type="checkbox"/> Nausea / Emesis	1. Motilium lingual 10mg 3/24h 2. Paspertin Tbl. 10mg 3/24h	

Symptom	Medikament / Dosis	Besonderes
<input type="checkbox"/> Fieber	1. Dafalgan Tbl. 500mg 2. Novalgin Tbl. 500mg	4/24h 4/24h
<input type="checkbox"/> Dyspnoe	1. Sauerstoff O2	2l/min
<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	1. _____ 2. _____	

Alle aufgeführten Substanzen sind in unserer Notfallapotheke vorrätig. Erst wenn eine Substanz benötigt wird, wird eine Packung auf den Namen der Bewohnerin/des Bewohners in der Adlerapotheke nachbestellt. Die Adlerapotheke wird Ihnen daraufhin eine Rezeptanfrage schicken.

### Wichtige Information zur Verordnung zur Stuhlregulation

Die diplomierten Pflegefachpersonen FH/HF sind grundsätzlich befugt, in Absprache mit der Teamleitung oder der Pflegeexpertin die Fixmedikation zur Stuhlregulation ohne ärztliche Rücksprache bei Bedarf anzupassen. Dies beinhaltet Substanzen zu steigern, reduzieren, stoppen oder neu zu beginnen. Falls eine zusätzliche Fix-Medikation nötig ist, werden ausschliesslich Substanzen, welche im Block «Reservemedikation» aufgeführt sind, verwendet. Selbstverständlich werden Sie kontaktiert, wenn akute oder längerdauernde Schwierigkeiten bestehen.

- Ich bin einverstanden
- Ich möchte bei Anpassungsbedarf per Mail kontaktiert werden und Änderungen persönlich verordnen.

### Vitalzeichenkontrolle

Bitte in jedem Fall ausfüllen

	Häufigkeit / Intervall
BD/ Puls	
Gewicht (mind. 1x monatlich)	
SPO2 (nur wenn nötig)	
Blutzucker (wenn nötig)	

### Sind Unverträglichkeiten Allergien bekannt?

- Ja: Welche \_\_\_\_\_
- Nein

**Soll die medizinische Betreuung weiterhin über Sie erfolgen und ist es Ihnen möglich für Hausbesuche im Altersheim St. Urban vorbeizukommen?**

Ja

Auch erreichbar ausserhalb der Öffnungszeiten unter folgender Nummer:

---

Abend     Wochenende     Auch nachts

Ich möchte meine Nummer nicht bekannt geben

Nein: Die medizinische Betreuung soll zukünftig durch den Hausarzt erfolgen

---

Ort    Datum

Unterschrift und Stempel der Hausärztin des Hausarztes

## Behandlungsplan

Bitte vor dem Eintritt mit der Patientin / dem Patienten besprechen und mit einreichen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohngruppe: \_\_\_\_\_

### Grundlage der Willensbekundung

- Der Inhalt der Willensbekundung beruht auf einem persönlichen Gespräch**
- mit der Bewohnerin/ dem Bewohner
  - mit der gesetzlichen Vertretungs- oder Vertrauensperson (bei Urteilsunfähigkeit)

Vertrauensperson (Name, Art der Beziehung, Telefon /E-Mail):

\_\_\_\_\_

- Der Inhalt der Willensbekundung beruht nicht auf einem Gespräch, sondern:**
- auf der persönlichen Patientenverfügung der Bewohnerin / des Bewohners
  - Die Bewohnerin / der Bewohner möchte nicht darüber reden und überlässt die Entscheidung der Ärztin / dem Arzt.

### Inhalt der Willensbekundung

- Palliative Behandlung am Lebensende im Heim**  
Dies bedeutet optimale Symptomlinderung, d.h. Schmerzen, Angst, Unruhe, Atemnot, Übelkeit. Keine Lebenserhaltende Massnahmen und keine Verlegung ins Spital.
- Lebenserhaltende Behandlung im Heim**  
Dies bedeutet bei einer akuten Erkrankung mit Aussicht auf Heilung keine Spitalverlegung, jedoch adäquate kurative Therapie im Heim (z.B. Antibiotikum)
- Lebenserhaltende Massnahmen im Spital**
- Mit Reanimationsversuch bei Kreislaufstillstand
  - Mit Behandlung auf einer Intensivstation

### Erstellung

Name, Vorname Ärztin / Arzt: \_\_\_\_\_

Ort Datum

Unterschrift und Stempel der Hausärztin des Hausarztes