

Anmeldung

Arztzeugnis

Die Sonnweid ist eine Institution, spezialisiert für Menschen mit dementiellen Erkrankungen. Wir bieten individuelle, verschiedene Wohn- und Betreuungsformen an. Die ärztliche Betreuung erfolgt durch Psychiater und Mediziner.

Anmeldender Arzt / Institution:

Patient:

Name, Vorname:

Strasse, Nr.

PLZ, Ort:

Derzeitig. Aufenthalt:

Seit: Geb.-Datum:

Angehörige / Bezugspersonen / Beistand (Adresse und Telefon):

.....
.....
.....
.....
.....

Adresse Hausarzt:

.....
.....
.....

1. Aktuelle soziale Situation (Betreuung / Spitex / ADL-Kompetenz):

.....
.....
.....
.....
.....

2. Diagnosen:

2.1. Demenzdiagnose:

Abklärungen (Memoryklinik / Neurologie / Psychiatrie): Wann?

.....

Bildgebende Verfahren (CT / MRI / SPECT / PET): Wann?

.....

Letzter Minimentalstatus nach Folstein, max. 30. P.: Datum:

.....

Aktueller Barthel-Index (Alltagskompetenz), max. 100 P.: Datum:

.....

2.2. Andere Diagnosen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.3. Allergien:

Letztmaliges Thoraxbild:

3. Anamnese:

3.1 Patientenanamnese / Systemanamnese:
(Krankheiten, Unfälle, Operationen, Spitalaufenthalte – wann? wo?)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.2 Demenzanamnese und bisheriger Verlauf (inkl. bisherige Therapien):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.3 Sozial- und Familienanamnese:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.4 Aktuelle Medikamente:

.....
.....
.....
.....
.....

4. Psychisches ZB / Verhaltensstörungen / Körperliches Zustandsbild:

z.B. Desorientiert, Antriebsstörung, Affektstörung, Enthemmung, wahnhafte Störung, Urin-/Stuhlinkontinenz, starke Sehbehinderung

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Starke Hörbehinderung
- Gestörte Sprachproduktion
- Gestörtes Sprachverhältnis
- Ess- / Schluckstörungen
- Gehstörung
- Schmerzen

6. Dringlichkeit:

.....
.....
.....

- PatientIn ist über die Aufnahme informiert:
- Angehörige sind über die Aufnahme informiert:

Datum:
.....

Unterschrift:
.....