

## Ärztliches Zeugnis

### **Vom Arzt auszufüllen – Beilage zum Anmeldeformular**

Die Sonnweid ist spezialisiert auf die Pflege und Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Wir bieten individuelle, verschiedene Wohn- und Betreuungsformen an. Die ärztliche Betreuung erfolgt durch Psychiater und Mediziner.

### **Stempel anmeldender Arzt / Institution**

#### **Patient**

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

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

derzeitig. Aufenthalt \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

urteilsfähig  ja /  nein (Zutreffendes ankreuzen)

#### **Vertretung (Angehörige/Bezugspersonen/Beistand)**

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

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

#### **Hausarzt**

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

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

**2. Diagnosen**

2.1. Demenzdiagnose

Demenz vom Typ:

---

Abklärungen (Memoryklinik/Neurologie/Psychiatrie) Wann?

---

Falls Berichte vorhanden, bitte eine Kopie beilegen.

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

---

Letzter Minimalstatus nach Folstein, max. 30. P. Datum

---

Falls Berichte vorhanden, bitte eine Kopie beilegen.

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

---

2.2. Andere Diagnosen

---

---

---

---

---

---

---

---

2.3. Allergien

---

---

---

---

Letztmaliges Thoraxbild \_\_\_\_\_

**3. Anamnese**

3.1 Patientenanamnese  
(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 u. körperliches Zustandsbild/Verhaltensstörungen**

z.B. Desorientierung, Antriebsstörung, Affektstörung, Enthemmung, wahnhaftige Störung, Urin-/Stuhlinkontinenz, starke Sehbehinderung

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

**5. Dringlichkeit**

---

---

---

- Patient/-in ist über die Aufnahme informiert \_\_\_\_\_
- Angehörige sind über die Aufnahme informiert \_\_\_\_\_

**6. Unterschrift**

Datum

Unterschrift

---

---