



SCHLOSSGARTEN
Riggisberg

Arztzeugnis

1. Personalien

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Gültiger Wohnsitz in:

Kanton:

Besteht ein Vorsorgeauftrag?

Ja

Nein

Besteht eine Patientenverfügung?

Ja

Nein

Wo sind diese hinterlegt?

2. Gesundheitszustand

Medizinische Diagnosen:

Selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten:

Suizidversuch/e?

Ja

Nein

Wenn ja, wann, wie, womit?

Selbstgefährdendes Verhalten?

Ja

Nein

Wenn ja, wann, wie, womit?

Fremdgefährdung?

Ja

Nein

Gewalttätigkeit?

Ja

Nein

Wenn ja, wann, wie, womit?

Sexuelle Übergriffe?

Ja

Nein

Wenn ja, wann?

Pädophilie?

Ja

Nein

Wenn ja, wann?

Abhängigkeitserkrankungen?

Ja

Nein

Wenn ja, wann?



SCHLOSSGARTEN
Riggisberg

Konsum illegaler Substanzen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Andere Problemkreise Ja Nein

Wenn ja, welche?

Unfallleiden? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Bestehen ansteckende Krankheiten? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Therapien:

Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie andere:

Aktuelle Medikamente:

Letzter Spital-/Klinikaufenthalt: Ort:

von:

bis:

Bitte Austrittsbericht beilegen.

Gehör:

normal

leicht eingeschränkt

Wie? Hilfsmittel?

stark eingeschränkt

Wie? Hilfsmittel?

Visus:

normal

leicht eingeschränkt

Wie? Hilfsmittel?

stark eingeschränkt

Wie? Hilfsmittel?

Sprachliche Verständigung:

normal

leicht eingeschränkt

Wie?

stark eingeschränkt

Wie?

Körperpflege:

selbstständig

mit Hilfe Welcher Unterstützungsbedarf?

nicht selbstständig

An- und Ausziehen:

selbstständig

mit Hilfe Welcher Unterstützungsbedarf?

nicht selbstständig

WC-Benutzung:

selbstständig

mit Hilfe Welcher Unterstützungsbedarf?

nicht selbstständig

Urininkontinenz Ja Nein

Stuhlinkontinenz Ja Nein

Dauerkatheter Ja Nein

Andere Systeme:

Essen & Trinken:

selbstständig

mit Hilfe Welcher Unterstützungsbedarf?

nicht selbstständig

Spezielle Kost / (vegetarisch, Allergien) Wenn ja, welche?

Sondernahrung:

Sonstiges:

Gefähigkeit:

selbständig

mit Hilfe Welcher Unterstützungsbedarf?

mit Hilfsmittel Welches?

Rollstuhltransfair

selbständig

mit Hilfe Welcher Unterstützungsbedarf?

nicht selbständig

Orientierung: fehlend in Zeit Ort Situation Person
 vorhanden Wenn ja, welche?

3. Soziale Situation

Kann die Zimmer verlassen: alleine in Begleitung

Kann die Wohnung verlassen: alleine in Begleitung

Selbständiges Wohnen:

in absehbarer Zeit möglich: Unter welchen Bedingungen?

in nächster Zeit unmöglich

Aktueller Aufenthaltsort:

Seit wann?

4. Behördliche Massnahmen / Strafrechtliche Auflagen

Beistandschaft: nach Art. ZGB seit

Name und Adresse der Beiständin/des Beistandes:

Art der Beistandschaft:

Fürsorgerische Unterbringung (FU): aktuell früher

Zuständige KESB:

Strafrechtliche Auflagen: aktuell früher

Zuständiges Gericht:

Bestehen Gutachten?



SCHLOSSGARTEN
Riggisberg

Ja

Welche?

Nein

5. Ressourcen / besondere Fähigkeiten / Bemerkungen und Ergänzungen

6. Ausgefüllt durch:

Adresse (Stempel) Arzt:

Datum und Unterschrift Arzt:
