

FORMULAR ARZTBERICHT

Die freie Arztwahl ist gewährleistet.

Mit der Unterzeichnung des Pensionsvertrages befreit der Bewohner/die Bewohnerin den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Pflegeverantwortlichen vom Haus zum Seewadel. Die Befreiung beschränkt sich auf Angaben betreffend pflegerelevanter Diagnosen.

Angaben über den Gesundheitszustand von:

Name und Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Wie ist der aktuelle Gesundheitszustand / pflegerelevante Diagnose:

.....

Wo benötigt der/die künftige BewohnerIn Unterstützung?	Bemerkungen
Bei der Körperpflege und bei den hygienischen Bedürfnissen?	
Beim Essen und Trinken? Gibt es Diäten?	
Bei der Mobilität?	
Bei der Behandlungspflege? (z.B. Medikamenteneinnahme, Verbandwechsel, etc.)	
Bei der zeitlichen und örtlichen Orientierung?	
Beim Hören/Sehen?	

In welcher sozialen Situation lebt die Person?

.....

Gibt es besonders erwähnenswerte Gegebenheiten?

.....

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Hausarztes

.....

An den Hausarzt: Bitte dieses Formular ausfüllen und umgehend zustellen an:

Haus zum Seewadel, Bewohneradministration, Obere Seewadelstrasse 12, 8910 Affoltern am Albis, Fax 043 322 74 97