**Ärztlicher Überweisungsbericht**

Formular bitte deutlich und gut lesbar ausfüllen

**Personalien**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vorname / Name** |  | |
| **Geburtsdatum** |  | |
| **Adresse, Wohnort** |  | |
| **Momentaner Aufenthalt** | Spital: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Altersheim: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Medizinische**  **Diagnose:** |  | |
| **Übertragbare Krankheit/en** |  | |
| **Unverträglichkeiten / Allergien** | Gluten  Laktose  Andere, wie | |
| **Beschreibung psychischer und physischer Zustand** |  | |
| **Beeinträchtigungen**  **(bitte ankreuzen, wenn vorhanden)** | Sehschärfe beeinträchtigt  leicht  mittel  stark  Gehörschaden  links  rechts  doppelseitig  leicht  mittel  schwer  Hörgerät  Sprachstörungen  Dysphagie  Schonkost  Diabetes Diät Qual\_\_\_\_  andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dekubitus - Lage: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Urininkontinenz  Einlagen  Dauerkatheter  Stuhlinkontinenz  Anus praeter | |
| **Hilfsmittel** | Stock  Böckli  Rollator  Rollstuhl  andere\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Ort / Datum** | **Unterschrift** | **Stempel** |