**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**  |