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?		
Selbstgefährdendes Verhalten?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, wann, wie?		
Fremdgefährdung?	☐ Ja	☐ Nein
Gewalttätigkeit?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, wann, wie, womit?		
Sexuelle Übergriffe?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, wie lange liegt der Vorfall zurück?		
Pädophilie?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, wie lange liegt der Vorfall zurück?		
Abhängigkeitserkrankungen?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, aktuelle Situation (Abhängigkeitserkrankung)?		

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?

SCHLOSSGARTEN
Riggisberg

☐ 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:

SCHLOSSGARTEN
Riggisberg

Sonstiges:

Gehfähigkeit:

☐ selbständig

☐ mit Hilfe Welcher Unterstützungsbedarf?

☐ mit Hilfsmittel Welches?

Rollstuhltransfair

☐ selbständig

☐ mit Hilfe Welcher Unterstützungs-bedarf?

☐ 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 absehbarerer 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: