



Médecins Fribourg  
ÄrztInnen Freiburg



**AFISA-VFAS**

Association fribourgeoise des institutions  
pour personnes âgées et de l'aide et des soins à domicile  
Vereinigung Freiburger Alterseinrichtungen und Spitex

Koordinationsstelle des Bezirks:

## **ARZTZEUGNIS**

*(ausser Spitäler und FNPG)*

Dieses Arztzeugnis, mit einer Gültigkeit von 6 Monaten, wird vom behandelnden Arzt ausgefüllt und bestätigt die Notwendigkeit ständiger Pflege und Betreuung benötigt. Das Arztzeugnis muss der Koordinationsstelle des Wohnsitzes des/der Patient/in zugestellt werden.

**NAME - VORNAME:**

Geburtsdatum:

Adresse:

**GRUND DER AUFNAHME INS HEIM**

**DIAGNOSE**

**GEGENWAERTIGE BEHANDLUNG**

Art/Häufigkeit der Pflegeleistungen:

**PHYSIOTHERAPIE**  Ja  Nein

**ERGOTHERAPIE**  Ja  Nein

Andere:

**KRANKENGESCHICHTE, MEDIZINISCH, CHIRURGISCH, SPITALAUFENTHALTE**

Allergien:

Hörvermögen:

Sehvermögen:

**ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND** (Kurzbeschreibung)

**ALLGEMEINER PSYCHISCHER ZUSTAND**

Orientierungsvermögen:

Gedächtnis/Erinnerungsvermögen:

Psychisches Verhalten, Mitteilungsvermögen usw.:

Schlaf:

**SELBSTÄNDIGKEIT**

Ernährung:

Hygiene:

Fortbewegung (evtl. Hilfsmittel):

(In)Kontinenz:

Inkontinenz infolge Krankheit oder Unfall (nicht altersbedingt) wie multiple Sklerose, Querschnittlähmung, Cerebralparese, Parkinson, Demenz  Ja  Nein

**BEMERKUNGEN**

Datum:

Stempel/Unterschrift od. Druckbuchstaben