Interdiözesane Lourdeswallfahrt DRS

Diese Seite des Formulars **muss** vom Patienten/Angehörigen oder Vertreter des Lourdesvereins **vollständig** ausgefüllt werden, bevor das Formular dem Arzt überreicht wird.

Die internationale Ärztevereinigung von Lourdes verlangt **jedes Jahr ein neues Arztzeugnis**. Die Ärzte werden gebeten, das Zeugnis **verschlossen** und mit dem Stempel versehen dem Patienten oder dessen Angehörigen abzugeben. Diese schicken das verschlossene und **vollständig ausgefüllte** Arztzeugnis mit dem Anmeldeformular bis spätestens 25. Februar 2018 an das Lourdes-Pilgerbüro, St. Otmarsberg 1, 8730 Uznach.

1. Personalien

a) Name und Vorname (auch lediger Name): .....
b) Strasse: .....
c) PLZ, Wohnort, Kanton: .....
d) Telefon privat: .....
Heim: .....
e) E-Mail Adresse: .....
f) Geburtsdatum: .....

2. Angehörige / Bezugsperson

a) Name und Vorname: .....
b) Telefon: .....

3. Kommt eine Begleitperson auf die Wallfahrt mit? ☐ Ja ☐ Nein

a) Name: .....
b) Natel Nr. (wenn vorhanden): .....
c) Reisemittel: ☐ Zug ☐ Flugzeug ☐ Bus
d) Aufenthalt / Übernachtung in Lourdes: ☐ Hotel ☐ Accueil

4. Krankenversicherung / Sektion (europäischen Versicherungsausweis mitnehmen)

a) Name: .....
b) Zusatzversicherung (wenn vorhanden): .....
c) Reiseversicherung Name: ☐ Ja ☐ Nein .....
d) REGA Gönner: ☐ Ja ☐ Nein

5. Wann war die letzte Reise nach Lourdes

a) Im gesunden Zustand: .....
b) Als Patient im Accueil: .....

6. Reisemittel

a) Reisemittel: ☐ Zug ☐ Flugzeug ☐ Bus
b) Wie reist der Patient: ☐ Sitzend ☐ Zwingend liegend
☐ Kann 4 Stunden nur mit Bauchgurt problemlos sitzen (Flugzeug) ☐ ja ☐ nein

7. Aufenthalt / Übernachtung in Lourdes ☐ Hotel ☐ Accueil

8. Angaben zum Patienten bezüglich Mobilität

☐ **WCHR** Hilfe bis zum Flugzeug - kann Treppen gehen
☐ **WCHS** Hilfe bis zur Flugzeugtür - kann zum Sitzplatz gehen
☐ **WCHC** Hilfe bis zum Sitzplatz - kann nicht alleine gehen

Kann selbständig gehen ☐ ja ☐ nein
Hat eigene Gehilfen: was..... ☐ ja ☐ nein
Benötigt einen Rollstuhl in Lourdes ☐ ja ☐ nein
Bringt seinen eigenen Rollstuhl mit ☐ ja ☐ nein
☐ **WCMP** Handbetriebener Rollstuhl ☐ **WCBD** Batteriebetriebener Rollstuhl
Gewicht des Patienten: ..... Grösse des Patienten: .....

9. Angaben zum Patienten bezüglich der Pflege und/ oder der nötigen Unterstützung.

(Bitte den aktuellen Pflegebericht für die Reise mit geben, sowie genügend Verbandsmaterial)

Braucht Hilfe beim Essen (☐ herrichten ☐ eingeben) ☐ ja ☐ nein
Braucht Hilfe für die Körperpflege (☐ duschen ☐ TW ☐ GW) ☐ ja ☐ nein
Braucht Hilfe für das An- und Auskleiden ☐ ja ☐ nein
Braucht Hilfe für die Ausscheidung (Urin ☐ kontinent ☐ inkontinent) ☐ ja ☐ nein
(Stuhl ☐ kontinent ☐ inkontinent)

a) Spezielle pflegerische Massnahmen
Dauerkatheter ☐ ja ☐ nein
Cystofix ☐ ja ☐ nein
Sondennahrung (wenn ja) Welche:..... ☐ ja ☐ nein

b) Dekubitus
gefährdet, wo: ..... ☐ ja ☐ nein
hat bestehenden Dekubitus, wo: ..... ☐ ja ☐ nein

c) Besondere Verbände
Welche: ..... ☐ ja ☐ nein

d) Geräte
☐ CPAP
☐ Inhaliergerät ☐ eigenes
☐ durch Wallfahrt zu organisieren
☐ Sauerstoff Anzahl Liter: ..... ☐ Immer ☐ bei Bedarf
☐ Andere:.....

10. Diät

☐ Diabetes ☐ Glutenfrei ☐ Laktosefrei ☐ Vegetarisch ☐ Püriert
☐ Anderes: .....

Ärztliches Zeugnis z.H. des pilgerärztlichen Dienstes der Wallfahrt 2018

Bitte Punkte 13 bis 20 zwingend auf diesem Blatt ausfüllen, auch wenn Berichte von Spital, Praxis, ... beigelegt werden!

11. Diagnose: **REA-Status:** ☐ ja ☐ nein ☐ nicht besprochen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ ist dialysepflichtig .....

12. Befunde: (falls bekannt)

☐ Linksschenkelblock

☐ Vorhofflimmern

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13. Aktuelle Therapie, Medikation:

(Medikamente unbedingt für 10 Tage mitgeben, wenn möglich in übersichtlichen Medi-Dossets gut beschriftet und gerichtet. Ist für uns eine grosse Erleichterung) **Tagesdosis für den Reisetag zwingend im Handgepäck mitgeben!**

Medikamenteneinnahme: ☐ selbständig

☐ durch die Pflege kontrolliert

.....

.....

.....

.....

14. Antikoagulation
Welches Medikament: .....

15. Diabetes:
☐ Ja ☐ Nein
☐ DM Typ I
☐ DM Typ II

Orale Antidiabetika:
☐ Ja ☐ Nein
Welche: .....
Dosierung: .....

Insulin:
☐ Ja ☐ Nein
Welches: .....
Dosierung: .....

16. Allergien:
☐ Lebensmittel, welche: .....
☐ Medikamente, welche: .....
☐ Andere, welche: .....

Reaktion:
☐ Exanthem
☐ Anaphylaxie
☐ Andere .....

17. Relevante Operationen:

- Was .....
- Wann .....
- In welchem Spital .....

18. Letzte Hospitalisation:

- Wann .....
- Wo .....

19. Spezielle Hinweise: (besondere Risiken, Psyche u.a.)

.....

.....

.....

20. Stempel und Telefon-Nr.:

.....

Ort / Datum:

.....

Unterschrift:

.....

21. Notizen / Bemerkungen: (Wird von Ärzten / Pflegepersonal in Lourdes ausgefüllt und geht an das Pilgerbüro St. Otmarsberg 1, 8730 Uznach)

.....

.....

Interdiözesane Lourdeswallfahrt DRS, St. Otmarsberg 1, 8730 Uznach • Tel. +41 55 290 20 22 • Fax +41 55 290 20 24 • E-Mail: pilgerbuero@lourdes.ch