

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

Die internationale Ärztereinigung 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 17. März 2019 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? a) Name: b) Natel Nr. (wenn vorhanden): c) Reismittel: d) Aufenthalt / Übernachtung in Lourdes:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Flugzeug <input type="checkbox"/> Nacht-Bus <input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Accueil
4. Krankenversicherung / Sektion a) Name: b) Zusatzversicherung (wenn vorhanden): c) Reiseversicherung Name: d) REGA Gönner:	(europäischen Versicherungsausweis mitnehmen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Wann war die letzte Reise nach Lourdes a) Im gesunden Zustand: b) Als Patient im Accueil:
6. Reismittel a) Reismittel: b) Wie reist der Patient:	<input type="checkbox"/> Flugzeug <input type="checkbox"/> Nacht-Bus <input type="checkbox"/> Sitzend <input type="checkbox"/> Zwingend liegend <input type="checkbox"/> Kann 4 Stunden nur mit Bauchgurt problemlos sitzen (Flugzeug) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Aufenthalt / Übernachtung in Lourdes	<input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Accueil
8. Angaben zum Patienten bezüglich Mobilität <input type="checkbox"/> WCHR Hilfe bis zum Flugzeug - kann Treppen gehen <input type="checkbox"/> WCHS Hilfe bis zur Flugzeugtür - kann zum Sitzplatz gehen <input type="checkbox"/> WCHC Hilfe bis zum Sitzplatz - kann nicht alleine gehen	Kann selbständig gehen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hat eigene Gehhilfen: was <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Benötigt einen Rollstuhl in Lourdes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bringt seinen eigenen Rollstuhl mit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> WCMP Handbetriebener Rollstuhl <input type="checkbox"/> WCB 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) a) Spezielle pflegerische Massnahmen b) Dekubitus c) Besondere Verbände d) Geräte	Braucht Hilfe beim Essen (<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> eingeben) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Braucht Hilfe für die Körperpflege (<input type="checkbox"/> duschen <input type="checkbox"/> TW <input type="checkbox"/> GW) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Braucht Hilfe für das An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Braucht Hilfe für die Ausscheidung (Urin <input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> inkontinent) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Stuhl <input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> inkontinent) Dauerkatheter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Cystofix <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sondennahrung (wenn ja) Welche: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein gefährdet, wo: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein hat bestehenden Dekubitus, wo: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Inhaliergerät <input type="checkbox"/> eigenes <input type="checkbox"/> durch Wallfahrt zu organisieren <input type="checkbox"/> Sauerstoff Anzahl Liter: <input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Andere:
10. Diät	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Glutenfrei <input type="checkbox"/> Laktosefrei <input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> Püriert <input type="checkbox"/> Anderes:

Ärztliches Zeugnis z.H. des pilgerärztlichen Dienstes der Wallfahrt 2019

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

11. Diagnose:			REA-Status: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht besprochen		
.....					
<input type="checkbox"/> ist dialysepflichtig:					
12. Befunde: (falls bekannt)					
<input type="checkbox"/> Linksschenkelblock					
<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> selbständig					
<input type="checkbox"/> durch die Pflege kontrolliert					
.....					
14. Antikoagulation					
Welches Medikament:					
15. Diabetes:		Orale Antidiabetika:		Insulin:	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> DM Typ I		Welche:		Welches:	
<input type="checkbox"/> DM Typ II		Dosierung:		Dosierung:	
16. Allergien:			Reaktion:		
<input type="checkbox"/> Lebensmittel, welche:			<input type="checkbox"/> Exanthem		
<input type="checkbox"/> Medikamente, welche:			<input type="checkbox"/> Anaphylaxie		
<input type="checkbox"/> Andere, welche:			<input type="checkbox"/> 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, CH-8730 Uznach)					
.....					