

# Interdiözesane Lourdeswallfahrt Deutsche und Rätoromanische Schweiz

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 15. Februar an das Pilgerbüro in 8730 Uznach.

<p>1. a) Name und Vorname (bei Frauen auch Mädchenname):          b) Genaues Geburtsdatum:          c) PLZ, Wohnort, Kanton:          d) Strasse:          e) Telefon:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>2. a) Spital/Heim-Adresse:          b) Telefon des Heims:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>3. a) Adresse der Angehörigen:          b) Telefon der Bezugsperson:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>4. Reise ab Bahnstation:</p>	<p>_____</p>
<p>5. Krankenversicherung/Sektion:          (Europäischen Versicherungsausweis mitnehmen)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>6. Aufenthalt in Lourdes:</p>	<p><b><u>Zutreffendes unterstreichen</u></b></p> <p>Spital (Acceuil)</p> <p>Hotel</p>
<p>7. Wann war die Kranke/der Kranke das letzte Mal in Lourdes?</p>	<p>Jahr: _____</p>
<p>8. Angaben über die Patientin/den Patienten:</p>	<p>a) Geht selbständig <span style="float: right;">Ja/Nein</span></p> <p>b) Benötigt in Lourdes einen Rollstuhl <span style="float: right;">Ja/Nein</span></p> <p>c) Bringt Rollstuhl mit <span style="float: right;">Ja/Nein</span></p> <p>d) Bettlägerig <span style="float: right;">Ja/Nein</span></p> <p>e) Gewicht <span style="float: right;">Grösse:</span></p> <p>_____</p>
<p>9. Wie muss die Patientin/der Patient in der Bahn transportiert werden?</p>	<p><b>a) Tags sitzend, nachts liegend im Couchettewagen</b></p> <p><b>b) Liegend im Sanitätswagen</b></p>
<p>10. Kommt eine Begleitperson mit?</p>	<p>Ja/Nein</p>
<p>11. Ist die Patientin/der Patient hilflos und auf fremde Hilfe oder persönliche Überwachung angewiesen?</p>	<p>a) Für das Essen <span style="float: right;">Ja/Nein</span></p> <p>b) Für die Toilette (waschen) <span style="float: right;">Ja/Nein</span></p> <p>c) Für das An- und Ausziehen <span style="float: right;">Ja/Nein</span></p> <p>d) Für die Verrichtung der Notdurft <span style="float: right;">Ja/Nein</span></p>
<p>12. Für spezielle pflegerische Massnahmen bitte Pflegebericht beilegen und Verbandsmaterial mitgeben.</p>	<p>Dauerkatheter/Cystofix <span style="float: right;">Ja/Nein</span></p> <p>Sondennahrung <span style="float: right;">Ja/Nein</span></p> <p>Welche?</p> <p>Besondere Verbände:</p> <p>_____</p> <p>Sauerstoff-Bedarf</p> <p>Apparative Assistenz</p>
<p>13. Braucht die Patientin/der Patient eine besondere Diät?</p>	<p>Zucker <span style="float: right;">püriert</span></p> <p>_____</p>

# Ärztliches Zeugnis

## z.H. des pilgerärztlichen Dienstes der Wallfahrt

1. a) Diagnose:

---

---

---

---

---

---

---

---

b) Aktuelle Befunde:

---

---

---

---

---

---

---

---

c) Prognose:

---

---

d) Aktuelle Therapie, Medikation:

---

---

---

Antikoagulation:

Diabetes:	Insulin:	Tabletten:
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Medikamente unbedingt für 10 Tage mitgeben.

Besteht eine **Allergie** gegen bestimmte Medikamente?

---

---

2. a) Hat eine Operation stattgefunden?

**Zutreffendes unterstreichen**

Ja/Nein

Wann/Wo \_\_\_\_\_

3. Spezielle Hinweise (besondere Risiken, Psyche u. a.)

---

---

---

Unterschrift und **Stempel**

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.