

Arzt-Zeugnis

Name und Vorname:	Geburtsdatum

Wohnadresse:	Gegenwärtiger Aufenthalt

Diagnose:

Wichtige körperliche und geistige Symptome:	Ausmasse der Hilfsbedürftigkeit
Urin-Inkontinenz <input type="checkbox"/>	Gefähigkeit ohne Hilfe <input type="checkbox"/>
Desorientiert örtlich <input type="checkbox"/>	Gefähigkeit mit Hilfe <input type="checkbox"/>
Desorientiert zeitlich <input type="checkbox"/>	Unfähigkeit zum Treppensteigen <input type="checkbox"/>
Unruhe nachts <input type="checkbox"/>	Fremde Hilfe beim Essen <input type="checkbox"/>
Unruhe Tag und Nacht <input type="checkbox"/>	Fremde Hilfe beim Ankleiden <input type="checkbox"/>
Depressive Verstimmung <input type="checkbox"/>	Fremde Hilfe beim Waschen <input type="checkbox"/>
Paranoide Verstimmung <input type="checkbox"/>	Fremde Hilfe beim Frisieren <input type="checkbox"/>
andere psychische Störungen <input type="checkbox"/>	Fremde Hilfe beim Rasieren <input type="checkbox"/>
Blindheit <input type="checkbox"/>	Fremde Hilfe beim Aufstehen <input type="checkbox"/>
hochgradige Sehschwachheit <input type="checkbox"/>	Fremde Hilfe beim Benützen der Toilette <input type="checkbox"/>
Taubheit oder Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/>	Fremde Hilfe beim Lagern zur Nachtruhe <input type="checkbox"/>
Halbseitlähmung <input type="checkbox"/>	totale Bettlägerigkeit <input type="checkbox"/>
Sprachstörung <input type="checkbox"/>	braucht Fahrstuhl <input type="checkbox"/>

Medikamentöse Therapie:

Bitte auch Rückseite ausfüllen →

Zutreffendes bitte ankreuzen

Diät:

Ziel:

- medizinisch

- sozial

- Rehabilitation/Beweglichkeit

Reanimation

ja

nein

Kontakt zu Angehörigen:

Ergänzende Bemerkungen:

Empfehlen Sie eine Aufnahme

ins Altersheim

ins Pflegeheim

die Physiotherapie

die Ergotherapie

Bezieht der Patient

IV

HL

AHV

EL

Welcher Krankenkasse gehört der Patient an: Name, Sektion, Adresse, Mitglied-Nr.:

Gewünschtes Eintrittsdatum:

Zimmer: 1er

2er

Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes:
