

Ärztliches Zeugnis



Personalien:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Zivilstand: _____

PLZ / Wohnort: _____

Strasse / Nr.: _____

Pflegebedürftigkeit:

Der/Die Pensionär/in ist angewiesen auf:		nein	/ teilweise	/ vollständig
- Hilfe	beim Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bei der täglichen Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	beim Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	beim Benützen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hilfsmittel	Stöcke / Gehböckli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magensonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bettlägrigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wichtige körperliche und geistige Symptome:

Lähmung der Extremitäten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz	Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwerhörigkeit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachstörung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorientierung	örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe	tags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstimmung paranoid / depressiv		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

nein / ja

Selbstgefährlichkeit

Süchtigkeit

auf _____

Allergie

auf _____

Gesundheitszustand:

Kurze Anamnese:

Diagnose:

Behandlung:

Gewünschter Arzt im Alterswohnsitz: _____

Bisherige Behandlung: _____

Gewünschte Behandlung im Alterswohnsitz: _____

• Medikamente: _____

• Diät: Diabetes Leberschon Magenschon

• Physiotherapie: nein ja

• Ergotherapie: nein ja

• weitere: _____

Besondere Bestimmungen:

- PensionärInnen mit ansteckenden Krankheiten oder schweren Geisteskrankheiten können im Alterswohnsitz **nicht** aufgenommen werden.
- Die letzte Krankenuntersuchung soll nicht länger als 14 Tage vor der Einreichung der Anmeldung stattfinden.
- Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Ort / Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes: