

ARZTZEUGNIS

Wir bitten Sie, dieses Arztzeugnis durch Ihren Hausarzt ausfüllen zu lassen. Der Arzt wird es anschliessend an uns weiterleiten.

Personalien

Name	Vorname
Geburtsdatum	Wohnort

Körperlicher Befund

Gewicht kg	Blutdruck	Puls
------------	-----------	------

	ja	nein		ja	nein
schwere Sehbehinderung			fremde Hilfe nötig		
schwere Hörbehinderung			Hilfe beim An- und Auskleiden		
Gehbehinderung			Hilfe bei der Körperpflege		
- mit Stock			Hilfe beim Essen		
- mit Böckli			Hilfe beim Baden/Duschen		
- mit Rollstuhl			Hilfe auf der Toilette		
bettlägrig			Urininkontinenz		
- zeitweise			Stuhlinkontinenz		
- vollständig					

Psychischer Befund

	ja	nein		ja	nein
Orientierung vorhanden			motorische Unruhe		
- örtlich			unregelmässiger Schlaf		
- zeitlich			Verwirrtheit		
Stimmungsschwankungen			soziale Kontaktfähigkeit		
- aggressiv			Medizinische Abhängigkeit		
- depressiv			Medikamente		

1. Hauptdiagnosen

2. kurze Anamnese

3. körperlicher Befund

4. psychischer Befund

5. jetzige Therapie

6. wünschenswerte Massnahmen (Medikamente, Diät, etc.)

7. Die letzte Krankenuntersuchung darf nicht früher als 14 Tage vor der Anmeldung stattgefunden haben.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Telefon-Nr. _____