

Ärztliches Zeugnis

für die Alters- und Pflegezentrum Au AG

1. Personalien

| | |
|---------------|------------|
| Name: | Vorname: |
| Adresse: | PLZ/ Ort: |
| Telefon Nr.: | Natel Nr.: |
| Geburtsdatum: | |

2. Diagnosen

pflegebedürftig teilweise pflegebedürftig selbständig

3. Körperlicher Zustand

Ist eine dauernde oder zeitweise ärztliche Betreuung notwendig? ja nein

Wenn ja, aus welchen Gründen?

Ist der Bewerber auf fremde Hilfe angewiesen?

Beim Anziehen, Auskleiden, Essen ja nein

Besteht eine ansteckende Krankheit? ja nein

Wenn ja, welche?

Ist der Bewerber bettlägerig? ja nein

Ist der Bewerber inkontinent?

- für Stuhl ja nein

- für Urin ja nein

Ist eine Diät notwendig? ja nein

Wenn ja, welche?

4. Geistiger Zustand

Bestehen grösser Charakterveränderungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Ist der Bewerber zeitlich und örtlich orientiert? ja nein

Besteht eine Fremd- oder Selbstgefährdung? ja nein

Besondere Bemerkungen:

5. Medikamente

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes

Wir bitten Sie, sofern vorhanden, den letzten Hospitalisationsbericht beizulegen. Besten Dank.