

# 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                       selbstständig

## 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.