

Ärztliches Zeugnis (vom Arzt auszufüllen)

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Hauptdiagnosen:

Weitere Diagnosen und Symptome:

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neurokognitives Defizit (NCD) | <input type="checkbox"/> mit Entlaufgefahr | | |
| <input type="checkbox"/> Depression | | | |
| <input type="checkbox"/> Psychot. Symptome | <input type="checkbox"/> mit Aggressivität | | |
| <input type="checkbox"/> Hemiplegie | <input type="checkbox"/> Status n. Beinamputation | <input type="checkbox"/> einseitig | <input type="checkbox"/> doppelseitig |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Ulcus cruris | | |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS) | <input type="checkbox"/> Dekubitus – Wo? _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörungen | <input type="checkbox"/> Diabetes / insulinpflichtig | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Sehstörung | <input type="checkbox"/> Atemnot / inhaliert | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörig | <input type="checkbox"/> Schmerzen – Wo? _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Polyarthrit / Arthrose | <input type="checkbox"/> Urininkontinenz | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz | |

Welche Hilfen werden zurzeit gewährt?

- Spitex Haushaltshilfe Mahlzeitendienst andere, welche? _____

Medikamente:

	MO	MI	AB	NA

Diätvorschriften: _____

Ergänzende Bemerkungen:

Ort / Datum: _____

Die Ärztin / der Arzt: _____
(Stempel / Unterschrift)