
**ÄRZTLICHES ZEUGNIS
FÜR DIE AUFNAHME INS ALTERSHEIM**

des Herrn/der Frau _____

geb. am _____ in _____

wohnhaft in _____

Diagnose: _____

Infektionskrankheiten: _____

Allergien: _____

Körperlicher und geistiger Zustand

Herz- und Kreislauf _____

Sehvermögen _____

Hörvermögen _____

Gefähigkeit _____

Körperliche Behinderungen _____

Geistige Behinderungen _____

Sprachstörungen _____

Niedergeschlagenheit, Depression _____

Auffällige Verhaltensweisen _____

Unruhe tagsüber/nachts _____

Aktivität bei Tag _____

Zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nie	
Örtlich orientiert	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nie	
Gedächtnis	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Gedächtnislücken	<input type="checkbox"/> erinnert sich an nichts	
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd

Benötigte Hilfe bei/Necessità di aiuto per:

Gehen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> viel
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> viel
Essen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> viel
Aufstehen / Zu-Bett-Gehen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> viel
An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> viel
Körperhygiene	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> viel
Benützung der Toilette	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> viel

Erforderliche Diät: _____

Medikamente: _____

Weitere wichtige Bemerkungen: _____

Der Patient ist selbständig teilweise pflegebedürftig schwer pflegebedürftig

Datum

Unterschrift