

# Ärztliches Zeugnis

Arzt / Ärztin:

zur Aufnahme in die Senioren Tages- und  
Nachtstätte Leimental

Adresse Senioren-Tagesstätte:

Senioren Tages- und Nachtstätte Leimental  
Rieslingstrasse 3  
4107 Ettingen

T 061 721 69 51    www.blumenrain.ch

Name / Vorname:		Geburtsdatum:																																							
Wohnadresse:		z. Zt. Spital/Station seit:																																							
Hauptdiagnosen:																																									
<b>Weitere Diagnosen und Symptome:</b>  <table style="width: 100%; border: none;"><tr><td><input type="checkbox"/> Desorientiertheit</td><td><input type="checkbox"/> zeitlich</td><td><input type="checkbox"/> örtlich</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Unruhe</td><td><input type="checkbox"/> tags</td><td><input type="checkbox"/> nachts</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Weglaufgefahr</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Demenz</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> hochgradige Sehschwäche</td><td><input type="checkbox"/> Blindheit</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> hochgradige Schwerhörigkeit</td><td><input type="checkbox"/> Taubheit</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hemiplegie</td><td><input type="checkbox"/> Paraplegie</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Sprachstörung</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Schluckstörung</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Diabetes</td><td><input type="checkbox"/> insulinpflichtig</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Urin-Inkontinenz</td><td><input type="checkbox"/> Stuhl-Inkontinenz</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Depression</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Psychisch weitgehend unauffällig</td><td></td><td></td></tr></table>		<input type="checkbox"/> Desorientiertheit	<input type="checkbox"/> zeitlich	<input type="checkbox"/> örtlich	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> tags	<input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> Weglaufgefahr			<input type="checkbox"/> Demenz			<input type="checkbox"/> hochgradige Sehschwäche	<input type="checkbox"/> Blindheit		<input type="checkbox"/> hochgradige Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/> Taubheit		<input type="checkbox"/> Hemiplegie	<input type="checkbox"/> Paraplegie		<input type="checkbox"/> Sprachstörung			<input type="checkbox"/> Schluckstörung			<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> insulinpflichtig		<input type="checkbox"/> Urin-Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Stuhl-Inkontinenz		<input type="checkbox"/> Depression			<input type="checkbox"/> Psychisch weitgehend unauffällig			<b>Bisherige Therapie / Medikamente:</b>  <hr/> <b>Diät:</b>  <hr/> <b>Hilfsmittel:</b>  <hr/> <b>Ergänzende Bemerkungen:</b> <b>Bitte aktuelle Medikamentenliste beilegen.</b>
<input type="checkbox"/> Desorientiertheit	<input type="checkbox"/> zeitlich	<input type="checkbox"/> örtlich																																							
<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> tags	<input type="checkbox"/> nachts																																							
<input type="checkbox"/> Weglaufgefahr																																									
<input type="checkbox"/> Demenz																																									
<input type="checkbox"/> hochgradige Sehschwäche	<input type="checkbox"/> Blindheit																																								
<input type="checkbox"/> hochgradige Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/> Taubheit																																								
<input type="checkbox"/> Hemiplegie	<input type="checkbox"/> Paraplegie																																								
<input type="checkbox"/> Sprachstörung																																									
<input type="checkbox"/> Schluckstörung																																									
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> insulinpflichtig																																								
<input type="checkbox"/> Urin-Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Stuhl-Inkontinenz																																								
<input type="checkbox"/> Depression																																									
<input type="checkbox"/> Psychisch weitgehend unauffällig																																									
Prognosen																																									

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift Arzt / Ärztin: