



BLUMENRAIN

Stiftung Blumenrain · Baslerstrasse 10 · 4106 Therwil · Tel. 061 725 55 55

## Aerztliches Zeugnis

Aufnahme in ein Altersheim und Pflegeheim / APH  
(nur für APH bestimmt)

Arzt / Ärztin

Adresse APH

Name / Vorname	Geburtsdatum
Wohnadresse	z.Zt. Spital / Station
Hauptdiagnosen:	
<b>Weiter Diagnosen und Symptome</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	<b>Bisherige Therapie / Medikamente</b>  <b>Diät</b>  <b>Hilfsmittel</b>
Prognose:	Ergänzende Bemerkungen:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Arzt / Ärztin

-----

-----