

| |
|--|
| Anmeldung Ärztliches Zeugnis |
|--|

| Personalien | |
|------------------------------|--|
| Name / lediger Name | |
| Vorname | |
| Strasse | |
| PLZ / Wohnort | |
| Geburtsdatum | |
| Zivilstand | |
| Heimatort | |
| Geburtsort | |
| Konfession | |
| Beruf | |
| Gegenwärtiger Aufenthaltsort | |

| Pflegebedürftigkeit | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Kann sich der Bewohner selber besorgen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist er selbstständig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teilweise bettlägerig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ganz bettlägerig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geht der Bewohner an Stöcken / Krücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Braucht er einen Fahrstuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inkontinenz für Urin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inkontinenz für Stuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Geistig-seelische Behinderung oder Störung | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Örtliche und zeitliche Orientierung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chronische, leichtere Verstimmung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist der Bewohner selbstgefährlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depressionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychosen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | ja | nein |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Verdacht auf Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--------------------|------------------------|
| Personalien | Name / Vorname: |
|--------------------|------------------------|

1. Hauptdiagnosen

2. Kurze Anamnese

3. Jetzige Therapie

4. Wünschenswerte Massnahmen (Medikamente, Diät, etc.)

Die letzte Krankenuntersuchung darf nicht früher als 14 Tage vor der Anmeldung stattgefunden haben.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Telefon-Nr. _____