



Ärztliches Zeugnis Anmeldung Tagesheim

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Hauptdiagnosen:

Weitere Diagnosen und Symptome:

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

Welche Hilfen werden zurzeit gewährt?

- Spitex Haushalthilfe Mahlzeitendienst andere, welche? _____

Medikamente:

Medikament	MO	MI	AB	NA

Diätvorschriften: _____

Ergänzende Bemerkungen:

Ort / Datum: _____

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

ZSR-Nr.: _____

Bitte zurücksenden an:

Pflegezentrum Baar, Leitung Tagesheim, Landhausstrasse 17, 6340 Baar
info@pflegezentrum-baar.ch