



Pflegezentrum Baar

kompetent. menschlich. nah.

Ärztliches Zeugnis Anmeldung Tagesheim

Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort

Hauptdiagnose

Weitere Diagnosen und Symptome	
<input type="checkbox"/> Neurokognitives Defizit (NCD)	<input type="checkbox"/> mit Entlaufgefahr
<input type="checkbox"/> Psychotische Symptome	<input type="checkbox"/> mit Aggressivität
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> insulinpflichtig
<input type="checkbox"/> Depression	
<input type="checkbox"/> Hemiplegie	
<input type="checkbox"/> Parkinson	
<input type="checkbox"/> Polyarthritis / Arthrose	
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS)	
<input type="checkbox"/> Sehstörungen	
<input type="checkbox"/> Schluckstörungen	
<input type="checkbox"/> Schmerzen wo? _____	
<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit	
<input type="checkbox"/> Urininkontinenz	

Zur Zeit gewährte Hilfen			
<input type="checkbox"/> Spitex	<input type="checkbox"/> Haushalthilfe	<input type="checkbox"/> Mahlzeitendienst	<input type="checkbox"/> Andere _____

Medikamente	MO	MI	AB	NA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Pflegezentrum Baar

kompetent. menschlich. nah.

Ärztliches Zeugnis Anmeldung Tagesheim

Diätvorschriften

Ergänzende Bemerkungen

Ort / Datum _____

Ärztin / Arzt

Stempel und Unterschrift _____

ZSR-Nr. _____

Bitte zurücksenden an:

Pflegezentrum Baar, Leitung Tagesheim, Landhausstrasse 17, 6340 Baar

tagesheim@pflegezentrum-baar.ch