



## Ärztliches Zeugnis Anmeldung Tagesheim

Name _____	Vorname _____
Strasse, Nr. _____	PLZ, Ort _____

<b>Hauptdiagnose</b>
_____

<b>Weitere Diagnosen und Symptome</b>	
<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	

<b>Zur Zeit gewährte Hilfen</b>			
<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](mailto:tagesheim@pflegezentrum-baar.ch)