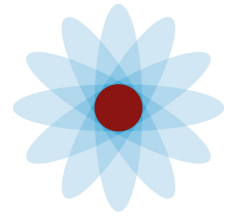


Die Gemeinde Stäfa für Sie.

ALTERSZENTRUM LANZELN  
Bahnhofstrasse 58, 8712 Stäfa

Telefon 044 928 91 11  
Telefax 044 928 91 40  
Mail [info@lanzeln.ch](mailto:info@lanzeln.ch)  
Internet [www.lanzeln.ch](http://www.lanzeln.ch)



ALTERSZENTRUM  
LANZELN

# Ärztliches Aufnahme-Zeugnis

## 1 Personalien

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

## 2 Anamnese

Körperlicher Befund:

Psychischer Befund:

Spez. Gewohnheiten,  
Bemerkungen:

## 3 Diagnose und jetzige Therapie

Medikamente:

Diät:

## 4 Pflegebedürftigkeit

Physischer Zustand:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> braucht Gehilfen | <input type="checkbox"/> Braucht Rollstuhl | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe bei |
|   |  | <input type="checkbox"/> Körperpflege      |
|   |  | <input type="checkbox"/> Essen             |
| <input type="checkbox"/> Hörbehinderung   | <input type="checkbox"/> Sehbehinderung    | <input type="checkbox"/> Sprachbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Urininkontinenz  | <input type="checkbox"/> DK-Träger         | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz  |
| <input type="checkbox"/> Besonderes:      |  |  |

Psychischer Zustand:

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> orientiert | <input type="checkbox"/> verwirrt / desorientiert   |
|                                     | <input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> ad personam |

Verhalten:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ruhig                         | <input type="checkbox"/> unruhig       | <input type="checkbox"/> laut          |
| <input type="checkbox"/> auffällig                     | <input type="checkbox"/> Weglaufgefahr | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Tag- / Nacht-Rhythmus-Störung |  |  |

Seit wann besteht die Hilflosigkeit schweren Grades? Monate:            / Jahre:

## 5 Grund der Einweisung und Bemerkungen

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes: