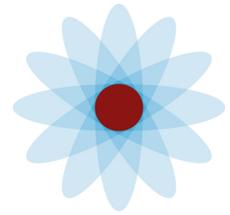


Die Gemeinde Stäfa für Sie.

ALTERSZENTRUM LANZELN
Bahnhofstrasse 58, 8712 Stäfa

Telefon 044 928 91 11
Telefax 044 928 91 40
Mail info@lanzeln.ch
Internet 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: