

Ärztliches Zeugnis

Von der hausärztlichen Fachperson auszufüllen (anmeldende hausärztliche Fachperson, Heim oder Institution)

1. Personalien

Name Vorname

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Telefon E-Mail

Derzeitiger Aufenthalt:

2. Hauptdiagnosen

- _____
- _____
- _____
- _____

Auszufüllen bei Diagnose Demenz bzw. demenzieller Entwicklung

Wurden Abklärungen in der Neurologie oder Memoryklinik gemacht?

- Ja (bitte Bericht beilegen)
 Nein

Wurde ein MoCA oder MMS-Test gemacht?

- Ja (bitte Bericht beilegen)
 Nein

Demenzanamnese und bisheriger Verlauf /Therapien

Die Gemeinde Stäfa für Sie.

Alterszentrum Lanzeln | Bahnhofstrasse 58 | 8712 Stäfa | T +41 44 928 91 11 | info@lanzeln.ch | www.lanzeln.ch



3. Aktuelle Medikamente

4. Körperlicher Zustand

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> braucht Gehhilfen | <input type="checkbox"/> Hörbehinderung |
| <input type="checkbox"/> braucht Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Sehbehinderung |
| <input type="checkbox"/> braucht Hilfe bei Körperpflege | <input type="checkbox"/> Sprachbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Urininkontinenz | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> Anderes: _____ |
| <input type="checkbox"/> Spezielle Ernährung: _____ | |

5. Psychischer Zustand

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> orientiert | <input type="checkbox"/> laut |
| <input type="checkbox"/> verwirrt / desorientiert | <input type="checkbox"/> auffällig |
| <input type="checkbox"/> ruhig | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> unruhig | <input type="checkbox"/> Tag-/ Nachtrhythmusstörung |
| <input type="checkbox"/> Weglaufgefahr | <input type="checkbox"/> Anderes: _____ |

6. Aktuell soziale Situation (Betreuung / Spitex)



7. Patientenanamnese / spezielle Gewohnheiten

8. Berichte

Alle Berichte / Befunde der letzten zwei Jahre sind beizulegen

9. Patientenverfügung vorhanden?

Ja Nein

10. Dringlichkeit

so schnell wie möglich innerhalb ein 1 Jahr nicht dringend

11. Angehörige / Bezugsperson

Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail

12. Unterschrift

Ort, Datum _____

Stempel / Unterschrift Arzt _____

Das ärztliche Zeugnis wird von der Leitung Pflege & Betreuung eingesehen hinsichtlich einer Aufnahme im Alterszentrum Lanzeln.

Die Gemeinde Stäfa für Sie.

Alterszentrum Lanzeln | Bahnhofstrasse 58 | 8712 Stäfa | T +41 44 928 91 11 | info@lanzeln.ch | www.lanzeln.ch