

Arztzeugnis

Name, Vorname des Patienten: _____

Geb. Datum: _____ Konfession: _____

Strasse, PLZ, Wohnort: _____

Krankenkasse u. Mitglied Nr.: _____

Gewünschter Aufenthalt

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Daueraufenthalt | <input type="checkbox"/> sehr dringend |
| <input type="checkbox"/> Palliativpflege | <input type="checkbox"/> dringend |
| <input type="checkbox"/> Krisenintervention | |
| <input type="checkbox"/> Akut- u. Uebergangspflege | |
| <input type="checkbox"/> Tages- / Nachtambulanz | |

Ferien vom _____ bis _____

Versicherungssituation

Versicherungsklasse Allgemein Halbprivat Privat

Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Mobilität selbständig mit Hilfe bettlägerig

Gehhilfen keine Stöcke Rollstuhl
 Gehböckli

Tägl. Körperhygiene selbständig wenig Hilfe nur mit Hilfe

Ausscheidungsfunktionen selbständig wenig Hilfe Urininkontinenz
 Stuhlinkontinenz
 Blasenkatheter

Nahrungsaufnahme selbständig mit Hilfe Nahrungssonde

Psychischer Zustand voll orientiert leicht verwirrt stark verwirrt
 Weglaufgefahr unruhig
 Selbst- oder Fremdgefährdung

Medizinische Situation / Hauptgrund für die Pflegebedürftigkeit am:.....

(bitte vollständig und leserlich ausfüllen, allfällige Austrittsbericht sowie Laborbefunde und aktuelle Röntgenbilder beilegen)

Nebendiagnosen:

Allgemeine medizinische Anamnese (Krankheiten, Unfälle, Spitalaufenthalte):
(bitte Kopien aktueller Arztberichte beilegen)

Medikamente	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Besonderes

Spezielle medizinische Anforderungen (besondere Therapien, Injektionen, Kanülen, Sauerstoff, aufwändige Verbände, Insulin etc.):

Weitere Bemerkungen:

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Wir bitten Sie, das Arztzeugnis an folgende Adresse zu senden:

Beratungs- und Sozialdienst
Regionales Zentrum für Gesundheit und Pflege
Breitestr. 11
8157 Dielsdorf

Anmelder (Stempel von Arzt oder Spital)