

Ärztliches Zeugnis

Aufnahme im Zentrum Passwang

Name _____
Strasse _____
z.Zt. Spital / Station _____

Vorname _____
PLZ / Ort _____
Geburtsdatum _____

Hauptdiagnosen

Weitere Diagnosen und Symptome

- Desorientiertheit zeitlich örtlich
- Unruhe tags nachts
- Weglaufgefahr
- Demenz
- hochgradige Sehschwäche Blindheit
- hochgradige Schwerhörigkeit Taubheit
- Hemiplegie Paraplegie
- Sprachstörung
- Schluckstörung
- Diabetes insulinpflichtig
- Urin-Inkontinenz Stuhl-Inkontinenz
- Depression
- Psychisch weitgehend unauffällig

Bisherige Therapie / Medikamente

Diät

Hilfsmittel

Prognose

Ergänzende Bemerkungen

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin _____