

Ärztliches Zeugnis

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
PLZ/Wohnort: _____
Gegenwärtiger Aufenthalt bei: _____



Alterszentrum Churfirsten
Churfirstenweg 3
CH-9650 Nesslau

Anmeldung für: Altersheim
 Pflegeabteilung

Tel. 071 995 65 65
Fax 071 995 65 66
E-mail info@az-churfirsten.ch

Diagnosen: _____

Therapien: _____

Selbständigkeit: Essen: selbständig / braucht Hilfe

Mobilität: selbständig / braucht Hilfe

Körperpflege: selbständig / benötigt Hilfe

Gefähigkeit: selbständig / Gehbehinderung / Stock/Krücken

Geh-Böckli / Rollstuhl

Orientierungsvermögen:

- orientiert
- zeitweise desorientiert
- ruhig
- unruhig tagsüber
- unruhig nachts
- meistens sehr unruhig

Behinderungen:

- blind
- schwerhörig
- taub
- Sprachstörung
- Aphasie

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes: