

## A r z t - Z e u g n i s

Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_  
 Wohnort \_\_\_\_\_  
 Gegenwärtiger Aufenthalt \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Diagnose

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Medikamentöse Therapie

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Pflegediagnose					
Normal		?	Sehvermögen eingeschränkt	schwach	?
Desorientiert örtlich und zeitlich				stark	?
	schwach	?	Hörvermögen eingeschränkt	schwach	?
	mittel	?		stark	?
	stark	?	Inkontinenz Urin und Stuhl	teilweise	?
Unruhe nachts		?		ganz	?
Unruhe Tag und Nacht		?	Hilfe bei der Körperpflege	teilweise	?
Depressive Verstimmung		?		ganz	?
Psychische Störungen		?	Hilfe beim Benützen der Toilette		?
			Hilfe beim Essen		?
Diät			Hilfe bei der Mobilisation		?
.....					
Pflege speziell .....			Hilfe beim Gehen		?
.....			Geh-Hilfsmittel		?

Empfehlung ins Pflegeheim ?  
 Altersheim ?

Datum \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

.....