

Arzt - Zeugnis

Name _____
Vorname _____
Strasse _____
Wohnort _____
Geburtsdatum _____

Diagnose

Medikamentöse Therapie

Mobilität	selbständig <input type="checkbox"/>	Ernährung	
	mit Hilfe <input type="checkbox"/>	Normale Kost	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel	Rollator <input type="checkbox"/>	Spezielle Kost:	
	Rollstuhl <input type="checkbox"/>	Schluckstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
		Allergien:.....	
Körperpflege	selbständig <input type="checkbox"/>	Orientierung	
	mit Hilfe <input type="checkbox"/>	Sehen: Einschränkung	leicht <input type="checkbox"/> erheblich <input type="checkbox"/>
		Hören: Einschränkung	leicht <input type="checkbox"/> erheblich <input type="checkbox"/>
		Hilfsmittel	Brille <input type="checkbox"/>
Ausscheidung	selbständig <input type="checkbox"/>		Hörgerät <input type="checkbox"/>
	mit Hilfe <input type="checkbox"/>		
Inkontinenz	Stuhl <input type="checkbox"/>	Desorientiertheit	
Inkontinenz	Urin <input type="checkbox"/>	Zeitlich	leicht <input type="checkbox"/> erheblich <input type="checkbox"/>
		Örtlich	leicht <input type="checkbox"/> erheblich <input type="checkbox"/>
		Agitation / Unruhe	Tag <input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/>

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

.....