



## Ärztliches Zeugnis

für die Bewerbung um Aufnahme ins Alterszentrum Hofwiesen, Dietlikon.

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

.....

### 1. Medizinische Angaben

Diagnosen: .....

.....

.....

.....

Aktuelle Medikamente	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Besonderes	

## 2. Körperlicher Zustand

- Sehbehinderung
- Schwerhörigkeit
- Sprachstörung
  
- Gehbehinderung       Stöcke
- Rollator
- Rollstuhl
- Begleitung
  
- Inkontinenz             Urininkontinenz
- Stuhlinkontinenz
- Blasenkatheter

## 3. Geistig-psychischer Zustand

Bestehen geistig-psychische Störungen? Wenn ja, welcher Art?

- Demenz                                     beginnend
- fortgeschritten
  
- Depression
- Medikamentenabhängigkeit
- Anzeichen eines Alkoholabusus

## 4. Von wem wird der/die BewerberIn betreut?

- Spitex                                          Angehörige usw.

## 5. Rückruf erwünscht

Ort, Datum:

Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin:

.....

**Dieses Arztzeugnis wird für eine definitive Anmeldung im Alterszentrum Hofwiesen benötigt und basiert auf einem aktuellen Untersuch.**

## **Ermächtigung**

Ich, der/die Unterzeichnende ermächtige meinen Arzt/meine Ärztin, der Leitung des Alterszentrums Hofwiesen und der Pflegedienstleitung des Alterszentrums Hofwiesen, Auskünfte zu erteilen. Ich entbinde insofern meinen Arzt/meine Ärztin von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum:

Unterschrift des Bewerbers / der Bewerberin:

.....

.....