

# 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: