

Ärztliches Zeugnis zur Aufnahme in das Zentrum Kohlfirst

Name:	Vorname:	Geb.datum:
Wohnadresse:		Tel.:
Krankenkasse:	Zivilstand:	Konfession:
Hausarzt:	Heimatort:	
Aktuelle Diagnosen:	Eintritt: Zi.Nr.:	

Durch den Arzt auszufüllen:

Fraktur: Datum Operation: _____
 Belastbarkeit in kg _____
 Kontrolltermin am: _____

Diabetes Typ I Typ II

Insulin Name: _____

Herzinsuffizienz rechts links

Beinamputation rechts links

Neurologie

	ja	nein
Schluckstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aphasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neclect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Therapien

	ja	nein
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
Dementielles Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose/Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzsyndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxikomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente	mo	mi	ab	na		mo	mi	ab	na
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	Inhalationstherapie:	_____	_____	_____	_____

Angehörige/Bezugspersonen

Name: _____	Name: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
Grad: _____	Grad: _____
Tel. P: _____	Tel. P: _____
Tel. G: _____	Tel. G: _____

Wohnsituation vor Hospitalisation:

Eingesetzte Spitexdienste vor Hospitalisation:

<input type="checkbox"/> Alleinstehend	<input type="checkbox"/> mit Hilfe: _____	<input type="checkbox"/> Gemeindepflege	<input type="checkbox"/> Mahlzeitendienst
<input type="checkbox"/> mit Ehepartner	<input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe/Auspflege	<input type="checkbox"/> Nachbarschaftshilfe

Einweisungsgrund:

Antrag des Arztes

.....,,
Ort, Datum

Stempel und Unterschrift
des Arztes / der Ärztin: