

Arztbericht

(bitte Leserlich ausfüllen)

Name / Vorname _____
Strasse Nr. _____
PLZ / Ort _____
Geburtsdatum _____
AHV-Nummer _____
Kartenummer _____

Aufenthaltsorte

Jetziger Aufenthaltsort _____ (bitte Berichte beilegen)
Letzte Aufenthaltsorte _____ (bitte Berichte beilegen)

Definitiver Aufenthalt Ja Nein
Ferienaufenthalt Ja Nein
Weitere Heimanmeldungen Ja Nein
Sofern Ja, wo _____

Adresse Hausarzt / zuweisender Arzt

Name / Vorname _____
Strasse Nr. _____
PLZ / Ort _____
Telefon _____
Fax _____
email _____

Adresse Zahnarzt

Name / Vorname _____
Strasse Nr. _____
PLZ / Ort _____
Telefon _____
Fax _____
email _____

Adresse Augenarzt

Name / Vorname _____
Strasse Nr. _____
PLZ / Ort _____
Telefon _____
Fax _____
email _____

Adresse sonstiger Arzt

Name / Vorname _____
Strasse Nr. _____
PLZ / Ort _____
Telefon _____
Fax _____
email _____

**Zustand / Befinden / körperliche & geistige Verfassung
Waschen und Kleiden**

Bewegen

Essen & Trinken

Ausscheiden

Orientierung (Zeit / Ort / Situation / Person)

Diverses

Prothesen

Hausarzt
Ort, Datum

Unterschrift / Stempel