

ARZTZEUGNIS für

- Pflegezentrum Bächli Bassersdorf
- Pflegezentrum Kloten
- Pflegezentrum Embrach

Ermächtigung:

Ich, der/die Unterzeichnete ermächtige meinen Arzt / meine Ärztin der Leitung des Krankenheim Bächli Auskünfte zu erteilen. Ich entbinde insofern meinen Arzt / meine Ärztin von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum: Unterschrift:

Name, Vorname des Patienten: _____

Geb.Datum: _____

Strasse, PLZ, Wohnort: _____

Krankenkasse u. Mitglied Nr.: _____

Gewünschter Aufenthalt

- Daueraufenthalt sehr dringend dringend vorsorglich

Befristeter Aufenthalt vom _____ bis _____

Versicherungssituation

Versicherungsklasse Allgemein Halbprivat Privat

Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Mobilität selbständig mit Hilfe bettlägerig

Gehhilfen keine Stöcke Rollstuhl
 Gehböckli

Tägl. Körperhygiene selbständig wenig Hilfe nur mit Hilfe

Ausscheidungsfunktionen WC selbständig wenig Hilfe Urininkontinenz
 Stuhlinkontinenz
 Blasenkatheter

Nahrungsaufnahme selbständig mit Hilfe Nahrungssonde

Psychischer Zustand voll orientiert leicht verwirrt stark verwirrt
 Weglaufgefahr unruhig
 Selbst-/Fremdgefährdung



)KZU(

Medizinische Situation / Hauptgrund für die Pflegebedürftigkeit am:

(Bitte vollständig und leserlich ausfüllen, allfällige Austrittsberichte sowie Laborberichte und aktuelle Röntgenbilder beilegen)

Nebendiagnosen:

Allgemeine medizinische Anamnese (Krankheiten, Unfälle, Spitalaufenthalte):

Medikamente	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Besonderes

Allergien:

Therapien:

Verbände:

Diäten:

Weitere Bemerkungen:

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Wir bitten Sie, das Arztzeugnis an folgende Adresse zu senden:

KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit
Bettendisposition
Im Bächli 1
8303 Bassersdorf

Anmelder
(Stempel von Arzt oder Spital)