

Arztzeugnis

Hausarzt

Dr. med.	Mail:
Strasse	Telefon
PLZ/Ort	Telefax

(Die Diagnose und Medikation ist vom behandelnden Arzt auszustellen und zu unterschreiben)

Personalien

Name, Vorname des Patienten	
Geburtsdatum	Heimatort
Strasse	
PLZ/Ort	

Diagnosen

Demenzdiagnose:

Psychisches und körperliches Zustandsbild / Verhaltensstörungen:

Andere Diagnosen:

Unverträglichkeiten, Allergien

Medikamentenverordnung

Reservemedikamente:

Bei Schmerzen:

Besondere Bemerkungen

Ist eine Diät notwendig? Welche?

Mangelernährung? Ergänzungskost:

Besondere Behandlungen:

Wichtige Ergänzungen:

Der Patient zeigt keine Hinweise für das Vorliegen von ansteckenden Krankheiten.

Bitte wichtige Berichte beilegen.

Ort/Datum:	Stempel und Unterschrift des Hausarztes:
------------	--

Arztzeugnis

Festlegung des weiteren medizinischen Vorgehens

Personalien

Name, Vorname des Patienten	
Geburtsdatum	Heimatort
Strasse	
PLZ/Ort	

Vertretungsberechtigte Person

Name, Vorname	
Strasse	
PLZ/Ort	

Individuelle palliative Vereinbarungen

Besondere Ergänzungen

Ort/Datum:

Unterschrift des Hausarztes:

Ort/Datum:

Unterschrift der vertretungsberechtigten