



Waagtalstrasse 9c  
CH-8842 Unteriberg

+41 (0)55 414 66 00 Telefon  
+41 (0)55 414 66 99 Fax

info@aphybrig.ch  
www.aphybrig.ch

## Ärztliches Zeugnis

bei Neuaufnahme ins Alters- und Pflegeheim Ybrig

Name: ..... Vorname: .....

Adresse: ..... Postleitzahl, Wohnort: .....

Geburtsdatum: ..... Zivilstand: .....

Heimatort: ..... Krankenkasse: .....

### 1. Diagnose

.....  
.....  
.....

### 2. Körperlicher Zustand

Selbständig

Pflegebedürftig

Umschreibung des Zustandes .....

.....

Dauernde / Zeitweise ärztliche Betreuung notwendig

Ja

Nein

Wenn ja, Art der Betreuung

.....  
.....

Gefahr auf Ansteckung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Teilweise / volle Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diät verordnet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Art der Diät

---

### 3. Allgemeiner Zustand

Charaktermerkmale

---

---

Zeitliche / Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gefahr der Fremd- oder Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bemerkungen

---

---

### 4. Medikamente

---

---

### 5. Aufnahme

Können Sie eine Aufnahme ins Alters- und Pflegeheim empfehlen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Ort, Datum

---

Unterschrift des Arztes  
mit Stempel

---

Wir danken Ihnen für die gute Zusammenarbeit und bitten Sie das Formular ausgefüllt zurückzusenden an das Alters- und Pflegeheim Ybrig, 8842 Unteriberg