



LÄBESGARTE

Schachenstrasse 5, Postfach 164, 4562 Biberist

Telefon: 032 671 67 11

www.laebesgarte.ch

info@laebesgarte.ch

AERZTLICHES ZEUGNIS

PATIENT:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ANAMNESE:

DIAGNOSEN:

JETZIGE THERAPIE:

Wünschen Sie, Ihren Patienten im Pflegeheim weiter zu betreuen? ja nein

Wenn nein ersuchen wir Sie, dem Patienten beim Eintritt ins Heim wichtige Dokumente (Spitalberichte, EKG, Röntgenbilder etc.) zuhanden des Heimarztes mitzugeben.

Der Fragebogen zur Beurteilung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ist in jedem Fall auszufüllen und beizulegen.

Datum:

Der Arzt (Stempel)