

# Gesundheitsattest für den Eintritt ins Altersheim Melibündte

Nachstehender Patient des Arztes Dr. med. ....

tritt am ..... definitiv ins Altersheim Melibündte ein

(Zimmer Nr. .... Etage ..... Gebäude .....)

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

Zivilstand: ..... Konfession: ..... Geb-Datum: .....

bisherige Adresse:

Strasse: ..... Ort: .....

**Angaben zu Pflegebedarf durch den Bewohner / Angehörigen:**

<i>Körperpflege</i>	<i>Mobilität</i>	<i>Essen/Trinken</i>
Selbständig .....	Selbständig .....	Selbständig .....
Ganzwäsche .....	Rollstuhl .....	Bereitstellen .....
Teilwäsche .....	Transfer .....	Eingeben .....
Mund/Zahnpflege .....	Gehstöcke .....	.....

Hörgerät rechts / links..... Brille ..... Prothese .....

Anderes: .....

**Angaben des Arztes:**

Medikamente	Dosis	Mo	Mi	Ab	Na
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spez. Krankheitssymptome:.....

Diagnose:  
.....  
.....  
.....

Unterschrift Arzt: .....