

# Arztzeugnis

Arzt oder Spital

.....

Kontakt

Telefon..... eMail.....

Patienten-Name und -Vorname

.....

Strasse

.....

PLZ und Ort

.....

Gewünschter Aufenthalt

- Daueraufenthalt
- temporärer Aufenthalt für ca. ....Tage
- Ferienaufenthalt von..... bis.....

Dringlichkeit

- sofort
- vorsorglich

Der Patient ist mit  
der Aufnahme einverstanden

- ja
- nein
- Patient kann sich nicht äussern

Hauptdiagnosen

.....

.....

.....

Nebendiagnosen  
(konkomitierende Krankheiten  
oder Zustände, Allergien)

.....

.....

.....

Besondere Pflegeprobleme

- Insulinbedürftigkeit
- Dauer-Antikoagulation

Ernährung

- normal  
 Diät  
 Sondennahrung .....

Besteht ein Verdacht  
auf Norovirus?

- ja             nein

Allgemeine medizinische Anamnese  
(Krankheiten, Unfälle, Operationen,  
Spitalaufenthalte)

.....  
.....

Anamnese und Verlauf des zur  
Pflegerbedürftigkeit führenden  
Leidens (inkl. Therapiemassnahmen)

.....  
.....

Unterschrift

..... Datum.....

Arztzeugnis abtrennen und an uns per Post oder Fax (044 913 27 18) senden.

Residenz Küsnacht  
Bethesda Alterszentren AG  
Bewohneradministration  
Rietstrasse 25  
8700 Küsnacht

Telefon 044 913 27 14  
Telefax 044 913 27 18

info.residenz@bethesda-alterszentren.ch  
www.bethesda-alterszentren.ch