ZOFINGEN
Seniorenzentrum

Arztzeugnis

(durch den einweisenden Arzt ausfüllen)

Allgemeiner Zustand

mobil	☐	Rollstuhl	☐
selbstständig	☐	auf Hilfe angewiesen	☐
orientiert	☐	verwirrt	☐
ruhig	☐	unruhig	☐
manisch	☐	depressiv	☐

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon .....

Telefon Angehörige:

Einweisungsgrund .....

Hauptdiagnosen .....
(mit Jahresangabe) .....

Dringlichkeit der Aufnahme .....

Übrige diagnostische Befunde .....

Sind Allergien bekannt? Ja ☐ Welche? .....
Nein ☐

Sind übertragbare Krankheiten (z. B. Tbc) bekannt oder liegt ein Verdacht vor?
Ja ☐ Nein ☐

Wichtigste anamnestische Daten und aktuelle Therapie (physischer u. psychischer Zustand)

.....

.....

Medikamentöse Behandlung .....

.....

Ort und Datum:

Der einweisende Arzt
(Stempel/Unterschrift)

Seniorenzentrum Zofingen
Bottensteinerstrasse 2 | 4800 Zofingen | seniorenzentrum-zofingen.ch
seniorenzentrum@zofingen.ch | 062 745 51 51