Pflegezentrum Baar
kompetent. menschlich. nah.

Ärztliches Zeugnis Anmeldung TagesTreff

Name	**Vorname**
Strasse, Nr.	**PLZ, Ort**

Hauptdiagnose

Weitere Diagnosen und Symptome

- ☐ Neurokognitives Defizit (NCD)
- ☐ Psychotische Symptome
- ☐ Diabetes
- ☐ Depression
- ☐ Hemiplegie
- ☐ Parkinson
- ☐ Polyarthritis / Arthrose
- ☐ Multiple Sklerose (MS)
- ☐ Sehstörungen
- ☐ Schluckstörungen
- ☐ Schmerzen wo? _____
- ☐ Schwerhörigkeit
- ☐ Urininkontinenz

- ☐ mit Entlaufgefahr
- ☐ mit Aggressivität
- ☐ insulinpflichtig

Zur Zeit gewährte Hilfen

☐ Spitex ☐ Haushalthilfe ☐ Mahlzeitendienst ☐ Andere _____

Medikamente	**MO**	**MI**	**AB**	**NA**
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

Pflegezentrum Baar
kompetent. menschlich. nah.

Ärztliches Zeugnis Anmeldung TagesTreff

Diätvorschriften

Ergänzende Bemerkungen

Ort / Datum _____

Ärztin / Arzt
Stempel und Unterschrift _____

ZSR-Nr. _____

Bitte zurücksenden an:
Pflegezentrum Baar, Leitung TagesTreff, Landhausstrasse 17, 6340 Baar
tagestreff@pflegezentrum-baar.ch