

Arztzeugnis

Personalien			
Name		Geburtsdatum	
Vorname		Telefon	
Adresse		Spital / Heim seit	
Triage			
<input type="checkbox"/> selbständig		<input type="checkbox"/> Psychiatrie	
<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig		<input type="checkbox"/> Demenzwohngruppe	
pflegebedürftig: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer		<input type="checkbox"/> Pflegewohngruppe	
Hauptdiagnose			
Diagnoseblatt			
Pathologische Befunde			
Atmungsorgane		Stoffwechsel	
Chron. Bronchitis/Asthma <input type="checkbox"/>		Diabetes mellitus <input type="checkbox"/>	
Lungenemphysem <input type="checkbox"/>		Insulin <input type="checkbox"/>	
Andere:		Gicht <input type="checkbox"/>	
Kreislauforgane		Adipositas <input type="checkbox"/>	
Arteriosklerose <input type="checkbox"/>			
- kardial <input type="checkbox"/>		Nervensystem	
- peripher <input type="checkbox"/>		Multiple Sklerose <input type="checkbox"/>	
Cerebro-vasculär Insult <input type="checkbox"/>		Status nach Hirntrauma <input type="checkbox"/>	
Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/>		Epilepsie: primär / sekundär <input type="checkbox"/>	
Hypertension <input type="checkbox"/>		Paraplegie / Tetraplegie <input type="checkbox"/>	
Ulcus cruris <input type="checkbox"/>		Parkinsonismus <input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher <input type="checkbox"/>		Degen. ZNS-Erkrankungen <input type="checkbox"/>	
Interner Cardioverder Defibrillator <input type="checkbox"/>		Demenz-Typ: <input type="checkbox"/>	
Harnwege		Demenz-Abklärung ist erfolgt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Harnwegsinfekte <input type="checkbox"/>		Depression <input type="checkbox"/>	
Prostatahypertrophie <input type="checkbox"/>		Maligne Tumoren <input type="checkbox"/>	
Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/>			
		Allergien Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Skelett		<input type="checkbox"/>	
Frakturen <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Arthrose <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Spondylose / Sponylarthrose <input type="checkbox"/>			
Chron. Polyarthritits <input type="checkbox"/>		Übrige diagnostische Befunde	
Operative Eingriffe <input type="checkbox"/>			

