

## Ärztliche Verordnung

zur Aufnahme bei Tapetenwechsel

Arzt/Ärztin:

Name/Vorname	Geburtsdatum
Wohnadresse	
<input type="checkbox"/> Desorientiertheit/ Verunsicherung <input type="checkbox"/> Unruhe <input type="checkbox"/> Sehschwäche <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/>	Bisherige Therapie /Medikamente:     Diät:   Hilfsmittel
Prognose	
Ergänzende Bemerkungen	

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin