





**Ausscheidungen (Urin / Stuhl)**

**Psychische Verfassung**

**Fremdgefährdung**

**Selbstgefährdung**

**Fluchtgefährdung**

**Medikamente (Dosierung, Darreichungsform, Häufigkeit)**

**Notwendige Pflege- und andere Massnahmen**



Bedarf der Patient ständiger <b>Aufsicht</b> ? (Tag, Nacht, in welcher Form)
Notwendige <b>Hilfsmittel</b>

**Derzeitige Behandlungen**

- Heilpädagogische Förderung \_\_\_\_\_
- Physiotherapie \_\_\_\_\_
- Logopädie \_\_\_\_\_
- Ergotherapie \_\_\_\_\_
- Psychotherapie \_\_\_\_\_

**Gesundheitszustand des Patienten**

Allfällige weitere Bemerkungen

Adresse für Rückfragen	
Telefon	E-Mail

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vollständigen Arztbericht bitte senden an:

**Stiftung Scalottas, Geschäftsleitung, 7412 Scharans** oder **info@scalottas.ch**