



GEMEINDEVERBAND BEZIRKSALTENHEIME LIENZ

Beda Weber-Gasse 34

9900 Lienz

Tel.: 04852/608-0

Fax: 04852/608 DW 277

Email: office@heime-osttirol.at

Internet: www.heime-osttirol.at

FACHÄRZTLICHER BEFUNDBERICHT

_____ , am _____
Ort

Untersuchungsdatum

DATEN DES PATIENTEN

Name/Titel	geboren am	dzt. wohnhaft in - PLZ, Ort, Anschrift
Versicherungsträger	SVNr.	
Rezeptgebühr	befreit	nicht befreit

Anamnese:

Vormedikation:

Psychiatrischer Status:

Mini-mental-Test:

ja nein

Punkte: _____

Diagnose:

Hinweise auf Selbst- und/oder Fremdgefährdung im täglichen Leben:

Worin konkret besteht die Gefährdung und wie lange ist voraussichtlich von einer Gefährdungssituation auszugehen (Weglauftendenzen, Aggression, Sturzgefahr, etc.)?

Therapievorschlag

Herzlichen Dank für die sorgfältige Beantwortung der oben angeführten Punkte.

Datum: _____

Unterschrift des behandelnden Arztes