

## Geschätzter Arzt

Wir bitten um einen Bericht für:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Sind Sie bereit, diese Person weiterhin zu betreuen und im  Ja  Nein  
 Kurhaus Seeblick zu besuchen?

### Diagnose

Medikament	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Reserve

Ist eine Diät nötig?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Bemerkung

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Mitglied-Nr. \_\_\_\_\_

Arztanschrift (Stempel) und Unterschrift