Ärztliche Bescheinigung bei Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung

Haus der Senioren, Winterseitenweg 3, 97340 Marktbreit - Tel.-Nr.: 09332 406-0, Fax 09332 406-100

Vom aktuell behandelnden Hausarzt auszufüllen mit Anlagen.

Personalien:

Vor- und Zunahme des*der Kund*in:	Geburtsdatum:
Krankenkasse:	Versicherungsnummer:

(Pflegerelevante) **Diagnosen:**

Bestätigung des Arztes*der Ärztin:

Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Lungentuberkulose (§36 Abs. 4 IfGS):	☐ ja	☐ nein
Besteht eine Infektion mit COVID-19?	☐ ja	☐ nein
Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen sonstiger meldepflichtiger Krankheiten? **Wenn ja, welche:**		☐ nein
Besteht eine Hepatitis Infektion? Wenn ja, welche Hepatitisform?	☐ nein	☐ nicht bekannt
Besteht eine Infektion/Kolonisation mit multiresistenten Erregern? Wenn ja, welche?		☐ nein
Besteht eine HIV Infektion? ☐ ja	☐ nein	☐ nicht bekannt

Angaben zu den aktuell ärztlich verordneten Medikamenten (incl. Injektionen z. B. s.c., i.m.) *oder* bitte den aktuellen Medikamentenplan/+ ärztlichen Verordnungen beifügen.
Vielen Dank

Medikamentenname + Angabe bzgl. Dosierung	Einnahmezeitpunkt					Besonderheiten *z. B. Einnahme vor dem Essen, Angabe bzgl. Indikation, Angabe zur maximalen Dosis*
	F	M	A	N	Bei Bed.	

F = Früh, M = Mittag, A = Abend, N = Nacht, Bed. = Bedarf

Angaben zu den ärztlichen Verordnungen:

Art der Verordnung:	Häufigkeit bzgl. Durchführung:

Bemerkungen des Arztes*der Ärztin: (z.B. aktueller Gesundheitszustand)

_____

_____

_____

_____ _____

Ort/ Datum Stempel/ Unterschrift des Arztes*der Ärztin