



Marie-Juchacz-Haus
 Jägerstraße 15, 97082 Würzburg, Tel.: 0931 45255-0, Fax: 0931 45255-499

Personalien:

Vor- und Zunahme der Patientin / des Patienten:	Geburtsdatum:
Krankenkasse:	Versicherungsnummer:

(Pflegerrelevante) Diagnosen:

Bestätigung des Arztes :

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

	Formular	Ärztliche Bescheinigung bei Aufnahme MJH
---	----------	---

**Angaben zu den aktuell ärztlich verordneten Medikamenten (incl. Injektionen z. B. s.c. i.m.)
oder bitte den aktuellen Plan zu den Medikamenten/+ 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: (z.B. aktueller Gesundheitszustand)

Ort/ Datum

Stempel/ Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

Geltungsbereich: Stationäre Pflege Marie-Juchacz-Haus			Revision: 001/08.2023
Bearbeitung: Michel, Melanie	Prüfung: Rzegotta, Michaela	Freigabe: Binder, Raimund	Seite: 2