## Ärztliche Bescheinigung bei Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung

**Marie-Juchacz-Haus**
**Jägerstraße 15, 97082 Würzburg, Tel.: 0931 – 45 255-0, Fax: 0931 – 45 255 499**

**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?<br>**Wenn ja, welche:** | | ☐ nein |
| Besteht eine Hepatitis Infektion?<br>Wenn ja, welche Hepatitisform? | ☐ nein | ☐ nicht bekannt |
| Besteht eine Infektion/Kolonisation mit multiresistenten Erregern?<br>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