**Ärztliche Bescheinigung bei Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung**

**Einrichtung: Seniorenzentrum Mömlingen, Danziger Str. 8, 63853 Mömlingen - Tel.Nr. 06022 709321-0, Fax 06022 709321-45**

**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