

Arztbericht

zur Aufnahme für gemeinnützige und gewerbliche Einrichtungen

Bitte alle Fragen vollständig beantworten ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Vor- und Zuname:

2. Geburtsname:

geboren am:

a) Diagnose(n):

b) Ist Patient frei von Tbc nach § 6 des Infektionsschutzgesetzes? ☐ ja ☐ nein

Ist Patient frei von anderen ansteckenden Krankheiten nach § 6 des o.g. Gesetzes? ☐ ja ☐ nein

c) bekannte Allergien:

d) Diabetes:

BZ.Wert:

Diät notwendig? ☐ ja ☐ nein

Einstellung:

e) Medikamentenabgabe:

f) Hinweis des Arztes mit Therapieverschlagn:

g) Die Pflegebedürftigkeit ist aus ärztlicher Sicht gegeben ☐ ja ☐ nein

+) Zutreffendes ankreuzen, Nichtzutreffendes streichen

Ort/ Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes