



Ärztliche Bescheinigung bei Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung



Johanna-Heymann-Haus
Walter-Galuschka-Straße 19
97340 Marktbreit

Personalien:

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

(Pflegerrelevante) Diagnosen:

Bestätigung der Ärztin*des Arztes :

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

Geltungsbereich: Stationäre Pflege Johanna-Heymann-Haus		Revision: 001/01.2026	
Bearbeitung:	Prüfung:	Freigabe:	Seite: 1

