

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 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



Besteht eine Infektion/Kolonisation mit multiresistenten Erregern?			
Wenn ja, welche?			☐ nein
Besteht eine HIV Infektion?	☐ ja	☐ nein	☐ nicht bekannt

[illegible]**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 Johanna-Heymann-Haus			Revision: 002/06.2026
Bearbeitung: Beuschel, Heike	Prüfung: Beuschel, Heike	Freigabe: Schuhmann, Ludger	Seite: 2