	Formular	**Ärztliche Bescheinigung bei Aufnahme MJH**

Marie-Juchacz-Haus
Jägerstraße 15, 97082 Würzburg, Tel.: 0931 45255-0, Fax: 0931 45255-499

Personalien:

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

(Pflegerelevante) **Diagnosen:**

Bestätigung des Arztes :

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

	Formular	**Ärztliche Bescheinigung bei Aufnahme MJH**

Angaben zu den aktuell ärztlich verordneten Medikamenten (incl. Injektionen z. B. s.c. i.m.) *oder* bitte den aktuellen Plan zu den Medikamenten/+ 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: (z.B. aktueller Gesundheitszustand)

_____

_____

_____

_____ _____

Ort/ Datum Stempel/ Unterschrift der Ärztin/ des Arztes