	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 des*der Kund*in:	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:**		☐ 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

	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 der Ärztin*des Arztes: (z. B. aktueller Gesundheitszustand)

_____

_____

_____

_____ _____

Ort / Datum Stempel / Unterschrift der Ärztin*des Arztes