

**Seniorenzentrum Mömlingen**

Danziger Str.8

63853 Mömlingen

Tel.: 06022/ 709 321 -0

Fax: 06022/ 709 321 - 45

**Personalien:**

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

(Pflegerelevante) **Diagnosen:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Lungentuberkulose (§36 Abs. 4 IfGS):  ja  nein |
| Anhaltspunkte für das Vorliegen anderer ansteckenden Krankheiten oder Kolonisation mit einem resistenten Erreger:  ja  nein |
| wenn ja, welche: |

**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