

**Ärztliche Bescheinigung bei Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung**

Einrichtung: Sozialzentrum Jung und Alt, Winterhäuser Str. 11, 97084 Würzburg -
Tel.-Nr.: 0931 6103-0, Fax 0931 6103-505

Personalien:

Name Bewohner*in:	Geburtsdatum:
Krankenkasse:	Versicherungsnummer:

(Pflegerrelevante) Diagnosen:

Bestätigung des Arztes*der Ärztin:

Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Lungentuberkulose (§36 Abs. 4 IfSG):	☐ ja	☐ nein
Besteht eine Infektion mit COVID-19?	☐ ja	☐ nein
Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen sonstiger meldepflichtiger Krankheiten?	☐ nein	
Wenn ja, welche:		
Besteht eine Hepatitis Infektion?		
Wenn ja, welche Form der Hepatitis?	☐ nein	☐ nicht bekannt
Besteht eine Infektion/Kolonisation mit multiresistenten Erregern?		
Wenn ja, welche?	☐ nein	
Besteht eine HIV-Infektion?	☐ ja	☐ nein
	☐ nicht bekannt	

Angaben zu den aktuell ärztlich verordneten Medikamenten (inkl. Injektionen z. B. s.c., i.m.) oder bitte den aktuellen Medikamentenplan /+ 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 Bedarf	

F = Früh, M = Mittag, A = Abend, N = Nacht

Angaben zu den ärztlichen Verordnungen:

Art der Verordnung:	Häufigkeit bzgl. Durchführung:

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

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes*der Ärztin