# Ärztliche Bescheinigung bei Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung

**Einrichtung: Wilhelm-Hoegner-Haus, Klettenberg 90, 97318 Kitzingen - Tel.-Nr.: 09321 306-0, Fax 09321 306-100**

**Personalien:**

| | |
|---|---|
| Name Bewohner*in: | Geburtsdatum: |
| Krankenkasse: | Versicherungsnummer: |

(Pflegerelevante) **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? **Wenn ja, welche:** | | ☐ nein |
| 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 |

| | Formular | **Ärztliche Bescheinigung Aufnahme SP** |
|---|---|---|

**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