

## AWO Wilhelm-Hoegner-Haus Klettenberg 90 97318 Kitzingen

Tel.: 09321/ 306 - 0 Fax: 09321/ 306 - 100

Personalien	P	er	SC	na	lie	n
-------------	---	----	----	----	-----	---

Vor- und Zunahme der Patientin/ des Patienten:	Geburtsdatum:		
Krankenkasse:	Versicherungsnumm	ner:	
(Pflegerelevante) Diagnosen:			
Bestätigung des Arztes :			
Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ar	nsteckenden Lungent	uberkulose	(§36 Abs. 4 IfGS):
		☐ ja	☐ nein
Besteht eine Infektion mit COVID-19?		☐ ja	nein
Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen sonstige	er meldepflichtiger Kr	ankheiten?	
Wenn ja, welche:			☐ nein
Besteht eine Hepatitis Infektion?			
Wenn ja, welche Hepatitisform?		nein	nicht bekannt
Besteht eine Infektion/Kolonisation mit multiresiste	nten Erregern?		
Wenn ja, welche?			☐ nein
Besteht eine HIV Infektion?	nein		nicht bekannt

AWO/ AWO Care/ PWS	QMH V	IIIa-1.1. Erstkontakt und	.1. Erstkontakt und Aufnahme		FO AF 0001	
Erstellt Geprüft		Freigabe	Version	Datum	Seite	
QMB	QMB	BGF	5.0	19.03.2019	Seite 1 von 2	

## Ärztliche Bescheinigung bei Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung

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		Einr	ahme	zeitpu	ınkt	Besonderheiten z. B. Einnahme vor	
bzgl. Dosierung	F	М	Α	N	Bei Bed.	dem Essen, Angabe bzgl. Indikation, Angabe zur maximalen Dosis	
					F = Fr	üh, M = Mittag, A = Abend, N = Nacht, Bed. = Bedarf	
Angaben zu den ärztlichen Verore	dnung	jen:					
Art der Verordnung:					Häufigke	it bzgl. Durchführung:	
Bemerkungen des Arztes: (z.B. aktueller Gesundheitszustand)							
Demerkangen des Arztes. (2.b. ak							

AWO/ AWO Care/ PWS	QMH V	Illa-1.1. Erstkontakt und Aufnahme		FO AF 0001	
Erstellt Geprüft		Freigabe	Version	Datum	Seite
QMB	QMB	BGF	5.0	19.03.2019	Seite 2 von 2

Ort/ Datum

Stempel/ Unterschrift der Ärztin/ des Arztes