

Bitte vollständig und gut lesbar mit Stempel und Unterschrift des Arztes ausfüllen und an uns zurück, vielen Dank!

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Kranken-/Pflegekasse: _____

Diagnosen (bitte als Anlage)

Aktueller Medikamentenplan mit Unterschrift des behandelnden Arztes (bitte als Anlage)

Ansteckende Krankheiten / MRE? Nein Ja, folgende: TBC Hepatitis____ AIDS HIV

3MRGN 4MRGN MRSA VRE Clostridioides difficile _____

Allergien/Unverträglichkeiten? Nein Ja, folgende: _____

Adipositas? Nein Ja, Gewicht: _____ kg, Größe: _____ cm

Kontrakturen? Nein Ja, folgende: _____

Orientierung vorhanden? Ja Nein, Einschränkungen

zur Person Zeit Ort Situation

Verhaltensauffälligkeiten? Nein Ja, folgende: Weg-/ Hinlauff Tendenz

geistig- seelische Störung/ Behinderung sonstige: _____

Liegen akute oder chronische Wunden vor? Nein

Ja, folgende: _____ Lokalisation: _____

Amputation? Nein Ja, folgende: _____

Liegen Körpernahe Anlagen vor? Nein Ja,

folgende: PEG Tracheostoma Suprapubischer Dauerkatheter Transurethraler
Dauerkatheter Enterostoma Port Herzschrittmacher sonstige _____

Inkontinenz? Nein Ja, folgende: Harn Stuhl

Sauerstoffgabe? Nein Ja, mit folgendem Hilfsmittel _____

Hilfsmittel? Gehstock Rollator Rollstuhl Antidekubitusmatratze

sonstige _____

Unterschrift des Arztes

Datum und Stempel der Arztpraxis