

Name

Vorname

Geburtsdatum

**Aktuelle Diagnosen (muss vor Einzug vom Arzt ausgefüllt werden) oder
alternativ ein aktuelles Diagnoseblatt mit Unterschrift vom Arzt**

Weitere therapierelevante Diagnosen

Psychische Erkrankungen nein ja welche?

Suchtkrankheiten nein ja welche?

Ansteckende Krankheiten nein ja welche?

MRSA,ESBL,MRNG, nein ja welche?

TBC nein ja

Allergien nein ja welche?

Hörbehinderung nein leichte schwere

Sprachstörung nein leichte schwere

Sehbehinderung nein leichte schwere

Schluckstörung nein leichte schwere

Kontrakturen nein ja wo?

Paresen nein ja wo?

Dekubitus nein ja wo?

**Medikation (muss vor Einzug vom Arzt ausgefüllt werden) oder
alternativ ein Medikamentenblatt mit Unterschrift des Arztes**

Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes: