

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Diagnosen mit ICD10-Code: _____

Bitte Medikamenten-Verordnungsplan, auch Bedarfsmedikation, beifügen**Bestehen oder bestanden ansteckungsfähige Krankheiten im Sinne des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)?**

Lungentuberkulose (IfSG §36 Abs. 4)

 JA NEIN**IfSG §§ 6 und 7**

MRE z.B. MRSA, VRE, ESBL

 JA NEIN

wenn ja, Erregerart und Ort der Infektion bzw. Besiedlung: _____

Corona-Virus-Krankheit-2019 (COVID-19)

 JA NEINSonstige Krankheiten im Sinne des IfSG §§ 6 und 7, z.B. Scabies,
Clostridioides-difficile-Infektion JA NEIN

wenn ja, Erregerart und Ort der Infektion bzw. Besiedlung: _____

Besteht ein Impfschutz?

 JA NEIN

wenn ja, welcher? _____

Besteht oder bestand eine Suchterkrankung?

 JA NEIN

wenn ja, welche? _____

Besteht oder bestand eine Psychische Erkrankung?

 JA NEIN

wenn ja, welche? _____

Derzeitige psychische Verfassung, z.B. nächtliche Unruhe, depressiv verstimmt, ängstlich

Besteht eine körperliche Einschränkung?

 JA NEIN

wenn ja, welche? _____

Bearbeitung durch:	Freigabe:	Version:	Datum:	III-02-02 FB 04
Frau Katzenmeier		4. Fassung/ 1. Entwurf	17.05.2021	Seite 1 von 2

Bestehen Allergien bzw. Unverträglichkeiten?

 JA NEIN

wenn ja, welche? _____

Bestehen akute oder chronische Schmerzen?

 JA NEINwenn ja, welche? Ggf. Therapieplan beifügen bzw.
zuständiges SAPV-Team mitteilen _____

Bestehen akute oder chronische Wunden?

 JA NEIN

wenn ja, welche? _____

Wundversorgung
mit: _____

Bestehen Seh-, Hör- oder Sprachstörungen?

 JA NEINwenn ja, welcher
Art? _____

Bestehende Therapien, z.B. Krankengymnastik, Logopädie

 JA NEIN

wenn ja, welche? _____

Weitere Verordnungen bzw. Hilfsmittel: _____

Hinweise und Bemerkungen: _____

Ort, Datum_____
Unterschrift Ärztin/Arzt

Praxisstempel