

Personalien

Name, Vorname	Geburtsname	Geburtsdatum
ICD-Code	Ärztliche Diagnosen	

Medikamentenplan (Dosierung)	MO	MI	AB	NA	Nebenwirkungen/ Besonderheiten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Aktuelle Pflegesituation

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> PEG-Sonde | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> transurethraler Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> Beatmungspflicht | <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> suprapubischer Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> Belastungsinkontinenz | <input type="checkbox"/> Dranginkontinenz | <input type="checkbox"/> Mischinkontinenz |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | | |

Bei vollstationärer Aufnahme bitte IKP-Rezept beifügen.

Aktuelle Vitalwerte

Größe in Meter	Gewicht in Kilogramm	BMI
----------------	----------------------	-----

Ärztliches Zeugnis

akut chronisch nein

Liegen Wunden vor?

Diagnose:

Lokalisation:

akut chronisch nein

Liegen Schmerzen vor?

Diagnose:

Lokalisation:

Liegen psychische Störungen vor?

ja nein

Wenn ja, welche?

Liegt eine Suchterkrankung vor?

ja nein

Wenn ja, welche?

Liegt eine körperliche Behinderung vor?

ja nein

Wenn ja, welche?

Liegen ansteckende Krankheiten vor?
(z.B. MRSA)

ja nein

Wenn ja, welche?

Liegt ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor?

ja nein

Können die folgenden Infektionen ausgeschlossen werden?

Tuberkulose ja nein
COVID-19 ja nein
Skabies ja nein

Liegen Informationen zu anderen Infektionen vor?

ja nein

Wenn ja, welche?

Ist eine spezielle Kostform erforderlich?

ja nein

Wenn ja, welche?

Allergien/ Unverträglichkeiten

ja nein

Wenn ja, welche?

Impfstatus

letzte Tetanus Impfung erfolgte am:

Wir bitten Sie auf separaten Verordnungsplänen um die Angabe von Stempel und Unterschrift. Vielen Dank.

Ort, Datum

Stempel/ Unterschrift Hausarzt