

Ärztliche Stellungnahme zur Heimaufnahme

Nachname, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Gebraucht der/die Patient/in Mobilisationshilfen?

- nein Gehstock/Unterarmgehilfe Gehbock Rollator Rollstuhl

Benötigt der/die Patient/in Inkontinenzmaterial?

- ja (bitte Inkontinenzbescheinigung beifügen) nein

Diagnosen: Welche Krankheiten, Leiden oder Behinderungen liegen vor?

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

- ja, folgende: nein

Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten?

- ja nein

Bitte fügen Sie dieser Stellungnahme die aktuelle Medikamentenverordnung bei.

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes