

Marie-Juchacz-Haus

Jägerstraße 15, 97082 Würzburg Tel. 0931/45255-0 Fax: 0931/45255499

| Personalien: | | |
|---|------------------------------------|-----------------|
| Vor- und Zunahme der Patientin/ des Patienten: | Geburtsdatum: | |
| Krankenkasse: | Versicherungsnummer: | |
| (Pflegerelevante) Diagnosen: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Bestätigung des Arztes : | | |
| Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen einer a | ınsteckenden Lungentuberku ☐ ja | |
| Besteht eine Infektion mit COVID-19? | ☐ ja | ☐ nein |
| Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen sonstig Wenn ja, welche: | ger meldepflichtiger Krankhei | ten? |
| Besteht eine Hepatitis Infektion? Wenn ja, welche Hepatitisform? | ☐ nein | nicht bekannt |
| Besteht eine Infektion/Kolonisation mit multiresiste Wenn ja, welche? | enten Erregern? | nein |
| Besteht eine HIV Infektion? | nein | nicht bekannt |
| Angaben zu den aktuell ärztlich verordneten M | edikamenten (incl. Injektior | nenz Bscim) ode |

Angaben zu den aktuell ärztlich verordneten Medikamenten (incl. Injektionen z. B. s.c., i.m.) oder bitte den aktuellen Plan zu den Medikamenten/+ ärztlichen Verordnungen beifügen. Vielen Dank

| AWO/ AWO Care/ PWS | QMH V | IIIa-1.1. Erstkontak | Illa-1.1. Erstkontakt und Aufnahme | | FO AF 0001 | |
|-----------------------|---------|----------------------|------------------------------------|------------|---------------|--|
| Erstellt | Geprüft | Freigabe | Version | Datum | Seite | |
| QMB | QMB | BGF | 5.0 | 19.03.2019 | Seite 1 von 2 | |

Ärztliche Bescheinigung bei Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung

| Medikamentenname + Angabe | | Einr | ahme | zeitpı | unkt | Besonderheiten z. B. Einnahme vor | |
|---|---------------|--------|---------|--------------|---------------------------|---|--|
| bzgl. Dosierung | F | F M | | N | Bei Bed. | dem Essen, Angabe bzgl. Indikation, Angabe zur maximalen Dosis | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | _ | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | h, M = Mittag, A = Abend, N = Nacht, Bed. = Bedarf | |
| Angaben zu den ärztlichen Verord Art der Verordnung: | dnunge | en: | | | Häufigkei | t bzgl. Durchführung: | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| _ | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Bemerkungen des Arztes: (z.B. akt | tueller G | Sesund | heitszu | ıstand |) | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Ort/ Datum | Stempel/ Unte | | | / Unterschri | ft der Ärztin/ des Arztes | | |

| AWO/ AWO Care/ PWS | QMH V | Illa-1.1. Erstkontakt und Aufnahme | | FO AF 0001 | |
|-----------------------|---------|------------------------------------|---------|------------|---------------|
| Erstellt | Geprüft | Freigabe | Version | Datum | Seite |
| QMB | QMB | BGF | 5.0 | 19.03.2019 | Seite 2 von 2 |