

Bitte spätestens bei der Aufnahme vorlegen!

Praxis  
Dr. \_\_\_\_\_

*es schreibt Ihnen*  
Mario Ohnesorg

*Durchwahl*  
02462 981-610

*e-Mail*  
Mario.ohnesorg@st-  
gereon.info

*Datum*

### Fragebogen zur Medikation

Guten Tag Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_,

Ihr Patient / Ihre Patientin, \_\_\_\_\_, hat sich bei uns für einen Kurzzeitpflegeplatz entschieden.

Für diese Anmeldung benötigen wir von Ihnen einige medizinische Angaben.

### Verordnete Medikamente:

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Injektion	Dosierung
					sonstige ärztl. Verordnungen	Häufigkeit

**Besonderheiten:**

---

**Behinderung der Sinnesorgane:**

---

**Orthopädische Hilfsmittel:**

---

**Sucht:**

---

**Allergien / Unverträglichkeiten:**

---

---

**Erkrankungen, Leiden, körperliche bzw. geistig-seelische  
Behinderungen**

Es wird bescheinigt, dass Ihre Patientin/Ihr Patient \_\_\_\_\_ frei von ansteckenden Krankheiten und Tuberkulose der Atmungsorgane ist. (siehe § 36 Abs. 4 des Infektionsschutzgesetzes)

---

---

Ort, Datum

---

Stempel u. Unterschrift der Ärztin/des Arztes

---