

Bitte spätestens zur 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. psychische 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