

Bitte spätestens zur Aufnahme vorlegen!

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

✉ es schreibt Ihnen  
Mario Ohnesorg

☎ Durchwahl  
02462 981-610

E-Mail  
[Mario.ohnesorg@st-gereon.info](mailto: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:**

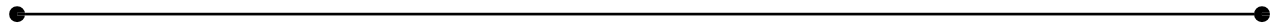
\_\_\_\_\_

**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