

Ärztliche Verordnungen für den Kurzzeitpflegeaufenthalt



Bitte vom Arzt ausfüllen lassen und erst zur Aufnahme mitbringen.

Der Nachweis der ärztlichen Verordnungen muss bei der Aufnahme aktuell sein.

SENIOREN-RESIDENZ
HAUS VERONIKA GmbH

Name, Vorname _____ geb. am _____

• erhält folgende Medikamente

Medikamente (auch Tropfen, Spritzen)	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

• kann folgende Bedarfsmedikation erhalten:

Bedarfsmedikament (mit Indikationsabgabe)	Bedarfsfall (bitte genau beschreiben)	Einzel- dosis	max.Dosis in 24 Std.

• folgende Behandlungspflege muss durchgeführt werden:

Art der Behandlungspflege	Häufigkeit

Diäten:

Diabetesdiät erforderlich:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ohne BE	<input type="checkbox"/> ja, mit _____ BE
----------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	---

Sonstige Diät erforderlich:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

Diagnosen:

Besonderheiten, die bei dem Kurzzeitpflegeaufenthalt aus ärztlicher Sicht zu beachten sind (Allergien, Unverträglichkeiten etc.)

Ansteckende Krankheiten:

Gibt es Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Eine chronische Hepatitis B- und / oder C-Infektion bzw. Erkrankung liegt vor	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Eine Infektion bzw. Besiedlung mit MRSA liegt vor	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Adresse Hausarzt

Name	
Straßen Nr.	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
FAX	

 Ort, Datum

 Stempel

 Unterschrift