



## Ärztliche Verordnung für den Kurzzeitpflegeaufenthalt

**! Bitte vom Arzt ausfüllen lassen und erst zur Aufnahme mitbringen.  
Der Nachweis der ärztlichen Verordnung muss bei der Aufnahme aktuell sein.**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

erhält folgende <b>Medikamente</b> (auch Tropfen und Spritzen)	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

kann folgende <b>Bedarfsmedikamente</b> erhalten (mit Indikationsabgabe)	Bedarfsfall (bitte genau beschreiben)	Einzel- dosis	max. Dosis in 24 Std.

muss folgende <b>Behandlungspflege</b> erhalten	Häufigkeit

**Diäten**

Diabetesdiät erforderlich:	nein	ja, ohne BE	ja, mit ___ BE
Sonstige Diät erforderlich:	nein	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?	nein	ja
Liegt eine chronische Hepatitis B- und / oder C-Infektion bzw. Erkrankung vor?	nein	ja
Liegt eine Infektion bzw. Besiedlung mit MRSA vor?	nein	ja

**Adresse Hausarzt**

Name \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Stempel des Arztes (m/w/d)\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes (m/w/d)