|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Name |  | Vorname |  | Geburtsdatum |

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnosen mit ICD10-Code:** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Bitte Medikamenten-Verordnungsplan, auch Bedarfsmedikation, beifügen**

**Bestehen oder bestanden ansteckungsfähige Krankheiten im Sinne des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lungentuberkulose (IfSG §36 Abs. 4) |  |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |
| **IfSG §§ 6 und 7** |  |  |  |  |  |  |
| MRE z.B. MRSA, VRE, ESBL |  |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |
| wenn ja, Erregerart und Ort der Infektion bzw. Besiedlung: |  |
|  |
| Corona-Virus-Krankheit-2019 (COVID-19) |  |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Sonstige Krankheiten im Sinne des IfSG §§ 6 und 7, z.B. Scabies,Clostridioides-difficile-Infektion |  |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |
| wenn ja, Erregerart und Ort der Infektion bzw. Besiedlung: |  |
|  |
| Besteht ein Impfschutz? |  |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |
| wenn ja, welcher? |  |
|  |
| Besteht oder bestand eine Suchterkrankung? |  |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |
| wenn ja, welche? |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Besteht oder bestand eine Psychische Erkrankung? |  |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |
| wenn ja, welche? |  |

|  |
| --- |
| Derzeitige psychische Verfassung, z.B. nächtliche Unruhe, depressiv verstimmt, ängstlich |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Besteht eine körperliche Einschränkung? |  |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |
| wenn ja, welche? |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bestehen Allergien bzw. Unverträglichkeiten? |  |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |
| wenn ja, welche? |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bestehen akute oder chronische Schmerzen? |  |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |
| wenn ja, welche? Ggf. Therapieplan beifügen bzw. zuständiges SAPV-Team mitteilen |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bestehen akute oder chronische Wunden? |  |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |
| wenn ja, welche?  |  |
| Wundversorgung mit: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bestehen Seh-, Hör- oder Sprachstörungen? |  |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |
| wenn ja, welcher Art?  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bestehende Therapien, z.B. Krankengymnastik, Logopädie |  |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |
| wenn ja, welche? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Weitere Verordnungen bzw. Hilfsmittel: |  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Hinweise und Bemerkungen: |  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Praxisstempel |
| Ort, Datum |  |
|  |  |
| Unterschrift Ärztin/Arzt |  |