|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| 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 |  |