

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 NEINSonstige 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin/Arzt

Praxisstempel
---------------