



RK-Schwesternschaft Oranien e.V.



Aus Liebe zum Menschen.

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Ärztliche Stellungnahme

(Bescheinigung darf bei Heimeinzug nicht älter sein als zwei Tage)

Medizinische Diagnosen, Behinderungen/ Funktionsausfälle (Entlassungsdiagnosen)

_____	ICD-10	_____
_____	ICD-10	_____
_____	ICD-10	_____
_____	ICD-10	_____
_____	ICD-10	_____
_____	ICD-10	_____
_____	ICD-10	_____
_____	ICD-10	_____
_____	ICD-10	_____
_____	ICD-10	_____

Datum der letzten Röntgen Thorax Untersuchung: _____

Befund: _____

MRSA- Infektion: ja nein

3 MRGN- Infektion: ja nein

4 MRGN- Infektion: ja nein

Sonstige Infektionen: nein wenn ja, welche:

Es wird bestätigt, dass bei dem/ der o.g. Patient/ -in keine ansteckungsfähigen Erkrankungen vorliegen.

ja nein

Es liegt eine erhebliche Pflegebedürftigkeit vor:
(Für mindestens 6 Monate)

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes