

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Therapierelevante Diagnose:

Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> welche?
Suchtkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> welche?
ansteckende Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> welche?
MRSA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
TBC	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> welche?
Hörbehinderung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> schwere
Sprachstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> schwere
Sehbehinderung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> schwere
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> schwere
Kontrakturen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wo?
Paresen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wo?
Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wo? <input type="checkbox"/> Grad

Derzeitige Therapien (siehe auch Diagnosen)

Medikation

Physiotherapie

Arbeits und Beschäftigungstherapie

Werden Hilfsmittel benötigt? nein ja, welche?

bereits vorhanden? nein ja

bereits verordnet? nein ja

Orientierung

vorhanden fehlt teilw. dauernd

zeitlich

örtlich

in der Person

Ruhe/Schlaf

vorhanden zeitweise dauernd

nachts unruhig

tags unruhig

Weglauftendenz? nein ja dauerh. phasenweise

Hinweise und Bemerkung des Arztes

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Mit der Weitergabe dieses ärztlichen Zeugnisses an den Kostenträger, das staatliche Gesundheitsamt und das zuständige Amtsgericht bin ich einverstanden.