

Bitte füllen Sie die folgenden Bereiche vollständig aus und bestätigen Sie die Angaben auf Richtigkeit und Vollständigkeit mit Ihrer Unterschrift.

Bitte legen Sie ebenfalls einen aktuellen Medikamentenplan bei.

Bewohnername: _____

Geburtsdatum: _____

Diagnosen:

Bestehen Wunden? Wenn ja, welche?

Bestehen multiresistente Keime oder lagen diese schon mal vor? Wenn ja, welche Art von Keimen und in welchem Bereich?

Liegt eine Substitution vor? Wenn ja, mit welchem Medikament?

Bestehen infektiöse Krankheiten? Wenn ja, welche?

Bestehen Allergien und/ oder Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

Gibt es sonstige behandlungspflegerische Diagnosen?

 Datum

 Stempel und Unterschrift

Version 1.0	erstellt / geändert	geprüft / freigegeben
Gültig ab 21.03.2022	N. Wolf	C. Imbery