

Allgemeiner Zustand

mobil	<input type="checkbox"/>	Rollstuhl	<input type="checkbox"/>
selbstständig	<input type="checkbox"/>	auf Hilfe angewiesen	<input type="checkbox"/>
orientiert	<input type="checkbox"/>	verwirrt	<input type="checkbox"/>
ruhig	<input type="checkbox"/>	unruhig	<input type="checkbox"/>
manisch	<input type="checkbox"/>	depressiv	<input type="checkbox"/>

Arztzeugnis

(durch den einweisenden Arzt ausfüllen)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse.....

Telefon.....

Telefon Angehörige

Einweisungsgrund

Hauptdiagnosen

(mit Jahresangabe)

Dringlichkeit der Aufnahme

Übrige diagnostische Befunde

Sind Allergien bekannt? Ja Welche?

Nein

Sind übertragbare Krankheiten (z. B. Tbc) bekannt oder liegt ein Verdacht vor?

Ja Nein

Wichtigste anamnestische Daten und aktuelle Therapie (physischer u. psychischer Zustand)

.....

.....

Medikamentöse Behandlung

.....

Ort und Datum:

Der einweisende Arzt
(Stempel/Unterschrift)