

## Ärztliche Stellungnahme zur Heimaufnahme

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Gebraucht der/die Patient/in Mobilisationshilfen?

- nein       Gehstock/Unterarmgehilfe       Gehbock       Rollator       Rollstuhl

Benötigt der/die Patient/in Inkontinenzmaterial?

- ja (bitte Inkontinenzbescheinigung beifügen)       nein

**Diagnosen:** Welche Krankheiten, Leiden oder Behinderungen liegen vor?


Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

- ja, folgende:       nein


Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten?

- ja       nein

**Bitte fügen Sie dieser Stellungnahme die aktuelle Medikamentenverordnung bei.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes