

Infektionserkrankungen

Hepatitis Ja Nein Bemerkungen _____

HIV Ja Nein Bemerkungen _____

MRGN Ja Nein Bemerkungen _____

Sonstige _____

Medikamente

Ja (Medikamentenplan) Nein

Medizinische Versorgung und Therapie

(z.B. Anus praeter, PEG, Port, Sauerstoff, Schmerztherapie, Tracheostoma, Dialyse, Chemotherapie)

Vitaldaten

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Ergänzungen

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arztes