



Ärztlicher Fragebogen

Kreiskrankenhaus Prignitz
Seniorenpflegezentrum Perleberg GmbH
Ackerstr. 5, 19348 Perleberg
Telefon: 0 38 76 / 30 75 55 01

Frau/Herr: _____ geboren am: _____

Straße: _____

PLZ Wohnort: _____

Diagnosen (bitte ausschreiben)

Medikation (einschließlich sonstiger ärztlicher Verordnungen)

Bitte ausgedruckten Medikamentenplan der Anlage beifügen

Bescheinigung über Krankheiten

Der Patient ist **frei** von Lungentuberkulose
(§ 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz IfSG)

ja nein

Der Patient ist **frei** von anderen ansteckenden infektiösen Erkrankungen

ja nein

Der Patient ist **frei** von MRSA

ja nein

Röntgen Thorax am:

__ __ . __ __ . 2 0 __ __

Bemerkungen:

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes