

## Ärztliches Zeugnis

(vom Hausarzt auszufüllen)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort bzw. gegenwärtige Unterbringung

### 1 Diagnosen

2 Bestehen ansteckungsfähige Krankheiten:  ja  nein  
bei ja welche? \_\_\_\_\_

insbesondere:

 MRSA Hepatitis A, B, C meldepflichtige Viruserkrankungen (Influenza, COVID-19) andere meldepflichtige Infektionskrankheiten

Ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane  
(Vorschrift nach §36 Abs.4 des Infektionsschutzgesetzes)

 liegt vor liegt nicht vor

Behandlungsbedürftigkeit (Ausmaß, Dauer)

3 Geistiger Zustand:  normal  verwirrt  unruhig  psychisch krank

4 Besteht eine Suchtkrankheit:  ja  nein bei ja, welche: \_\_\_\_\_

5 Besteht eine gerontopsychiatrische Beeinträchtigung:

ja  nein bei ja, welche: \_\_\_\_\_

6 Ernährung:  normal  Diät, welche \_\_\_\_\_

7 Seh- und Hörfähigkeit:  normal  blind  taub

8 Bewegungsfähigkeit:  normal  eingeschränkt

bettlägrig  ja  nein

Lähmung(en): \_\_\_\_\_

Versteifungen: \_\_\_\_\_

9 Sind Hilfsmittel nötig (Rollator, Rollstuhl, etc.):

ja  nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

10 Impfungen: Tetanus  nein  ja letzte Impfung: \_\_\_\_\_

11 Ist eine Unterbringung in eine beschützende Abteilung notwendig?

ja  nein

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes