

Ärztliche Beurteilung des Gesundheitszustands

I. Angaben zur Person

- Nachname und Vorname
- Adresse.....
- Wohnort/ PLZ
- Geburtsdatum
- Telefonnummer
- Identifikationsnummer

Die Person

- sitzt im Rollstuhl janein
- ist mit einer Beinprothese janein
- ist mit einer Handprothese janein
- ist selbständig bei alltäglichen Aktivitäten janein

II. Informationen über den Gesundheitszustand des Patienten/ der Patientin (Es soll von einem Arzt ausgefüllt werden)

- Diagnose
- Koexistierende Erkrankungen.....
- Er/Sie braucht Betreuung von anderen Personen janein
- Der allgemeine psychische Zustand (bei psychischen Krankheiten).....
.....
- Eingenommene Medikamente (bei psychischen Krankheiten).....
.....
- Bei Epilepsie - Häufigkeit
- Eingenommene Medikamente
- Allergie gegen.....
- Puls..... / min..... RR.....
- Beurteilung des Herz-Kreislauf-Systems EKG

Gegenanzeigen
.....

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes