

## Allgemeiner Zustand

mobil	<input type="checkbox"/>	Rollstuhl	<input type="checkbox"/>
selbstständig	<input type="checkbox"/>	auf Hilfe angewiesen	<input type="checkbox"/>
orientiert	<input type="checkbox"/>	verwirrt	<input type="checkbox"/>
ruhig	<input type="checkbox"/>	unruhig	<input type="checkbox"/>
manisch	<input type="checkbox"/>	depressiv	<input type="checkbox"/>

## Arztzeugnis

(durch den einweisenden Arzt ausfüllen)

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Telefon .....

Telefon Angehörige: .....

Einweisungsgrund .....

Hauptdiagnosen .....

(mit Jahresangabe) .....

Dringlichkeit der Aufnahme .....

Übrige diagnostische Befunde .....

Sind Allergien bekannt? Ja  Welche? .....

Nein

Sind übertragbare Krankheiten (z. B. Tbc) bekannt oder liegt ein Verdacht vor?

Ja  Nein

Wichtigste anamnestische Daten und aktuelle Therapie (physischer u. psychischer Zustand)

.....

.....

Medikamentöse Behandlung .....

.....

Ort und Datum:

Der einweisende Arzt  
(Stempel/Unterschrift)