



## Ärztlicher Bericht

(bitte leserlich ausfüllen!)

### 1. Persönliche Daten

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Pflegestufe:       1       2       3       Einstufungsantrag gestellt

Hausarzt: \_\_\_\_\_

### 2. Diagnose/Prognose/Medikation

Diagnose: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Symptome: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prognose: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medikamentenname	Tropfen/Tbl.	Früh	Mittag	Spät	zur Nacht	nach Bedarf

Sonstiges/ Besonderheiten:

\_\_\_\_\_



