Seniorenpflegeheim Lindenriek Wöhler GmbH

Seniorenpflegeheim Lindenriek Wöhler GmbH
Brombeerkamp 6 · 30938 Burgwedel
Telefon 05139 - 80 74 - 0 · Fax 05139 - 80 74 - 87
anmeldung@lindenriek.de

WL-A3

An die behandelnde Hausarztpraxis

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre Patientin / Ihr Patient hat sich für eine Aufnahme in unserer Einrichtung angemeldet. Nach **§ 35 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz** benötigen wir vor oder unverzüglich nach der Aufnahme ein ärztliches Zeugnis, dass keine Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose vorliegen. Die zugrunde liegenden Befunde dürfen bei Erstaufnahme höchstens sechs Monate alt sein. Für unsere Hygieneplanung bitten wir außerdem um Angaben zu Infektionen und multiresistenten Erregern. Bitte füllen Sie den unteren Teil und gern auch die freiwilligen Angaben auf Seite 2 aus und senden Sie alles per Fax an 05139 - 80 74 - 87 oder per E-Mail an anmeldung@lindenriek.de zurück. Vielen Dank!

Ihr Team vom Seniorenpflegeheim Lindenriek

bitte ausfüllen und zurücksenden

Ärztliche Bescheinigung zur Aufnahme

Name		**Vorname**	
Geburtsdatum		**Aufnahme ab**	

☐ Hiermit bescheinige ich, dass bei der oben genannten Person **keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose** vorhanden sind.

Datum der zugrunde liegenden Befunde ☐☐ · ☐☐ · ☐☐☐☐

INFEKTIONSKRANKHEITEN UND MULTIRESISTENTE ERREGER

Auch frühere Besiedlungen angeben – wir planen damit die Hygienemaßnahmen und das Zimmer.

Infektion oder Besiedlung mit multiresistenten Erregern bekannt?

☐ Nein, nichts bekannt ☐ Ja, bitte ankreuzen

Falls ja:

☐ MRSA ☐ VRE ☐ 3MRGN ☐ 4MRGN
☐ Clostridioides difficile ☐ Norovirus ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C
☐ HIV ☐ Krätze (Skabies) ☐ Influenza / COVID-19

Sonstige Infektionen / Erläuterung (z. B. Lokalisation, letzter Abstrich, Sanierung)

Ort, Datum

Praxisstempel, Unterschrift

Bitte nicht verkleinert drucken oder kopieren

Seniorenpflegeheim Lindenriek Wöhler GmbH
Brombeerkamp 6 · 30938 Burgwedel
Telefon 05139 - 80 74 - 0 · Fax 05139 - 80 74 - 87
anmeldung@lindenriek.de

WL-A3

Ärztliche Bescheinigung – ergänzende Angaben

Name		**Vorname**	
Geburtsdatum		**Aufnahme ab**	

DIAGNOSEN (FREIWILLIG)

Freiwillige Angaben – hilft uns bei der Pflegeplanung.

Hauptdiagnose(n)

Weitere Diagnosen

Ort, Datum

Praxisstempel, Unterschrift

Bitte nicht verkleinert drucken oder kopieren