

Martin Muus, geb. 26.07.1962

**Medikation bei Entlassung:** siehe Medikationsplan anbei

**Sozialmedizinische Leistungen:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Beratung erforderlich        | <input type="checkbox"/> Beratung Angehörige erfolgt   |  |
| <input type="checkbox"/> Antrag auf Feststellung / Änderung Pflegegrad | <input type="checkbox"/> Antrag auf Kurzzeitpflege     |  |
| <input type="checkbox"/> Antrag auf häusliche Krankenpflege            | <input type="checkbox"/> Antrag auf Haushaltshilfe     | <input type="checkbox"/> Antrag auf SAPV         |
| Über Entlassung informiert   | <input type="checkbox"/> keiner                        | <input type="checkbox"/> weiterbehandelnder Arzt |
|  | <input type="checkbox"/> ambulanter Pflegedienst, Name | <input checked="" type="checkbox"/> Angehörige   |
|  | <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung, Name       |  |


**Folgende Unterlagen wurden dem Patienten ausgehändigt**

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Entlassbrief mit Laborbericht | <input type="checkbox"/> Entlassbrief an Weiterbehandler faxen        |
| <input type="checkbox"/> Pflegebericht                            | <input type="checkbox"/> Wund-Dokumentation inkl. Foto-Dokumentation  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Medikationsplan               | <input type="checkbox"/> Antikoagulantien-Ausweis                     |
| <input type="checkbox"/>  |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> kein Transportschein          | <input type="checkbox"/> Taxischein                                   |
|   | <input type="checkbox"/> Krankentransport sitzend                     |
|   | <input type="checkbox"/> Krankentransport liegend                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Verordnung              | <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt |
| <input type="checkbox"/> Arzneimittelverordnung                   | <input type="checkbox"/> Verordnung von Verbandmitteln                |
| <input type="checkbox"/> Verordnung von Physiotherapie            | <input type="checkbox"/> Verordnung von Ergotherapie                  |
| <input type="checkbox"/> Bericht Physiotherapie                   | <input type="checkbox"/> Bericht Ergotherapie                         |
|   | <input type="checkbox"/> Verordnung von Logopädie                     |
|   | <input type="checkbox"/> Bericht Logopädie                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine weiteren Anlagen        | <input type="checkbox"/> Röntgen-CD                                   |
| <input type="checkbox"/> Prothesenpass                            | <input type="checkbox"/> Schrittmacherausweis                         |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> Röntgenpass                                  |
|   | <input type="checkbox"/> Impfausweis                                  |

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. M. Gasthaus  
Chefarzt

Dr. med. Koch  
Oberärztin

  
Dr. med. Wenzel/Stahmer  
Stationsärzte  
Tel.: 040 644 11- 8665