Aufnahme **Ärztlicher Kurzbericht**		**Ev. Diakonissenanstalt** **Karlsruhe-Rüppurr** **Rudolf-Walter-Haus** **- Pflegeheim -** Graf-Eberstein-Str. 2 , 76199 Karlsruhe Tel. 0721 / 59842 - 2629 Fax: 0721 / 59842 - 2941

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Amtl. Betreuer: ☐ **ja** ☐ **nein**

Diagnosen:

Bemerkungen:

Allergien:

Frei von ansteckenden Krankheiten: ○ **ja** ○ **nein** **was?**

Medikamente:	**mo.**	**mi.**	**ab.**	**na.**
Bedarfsmedikation:				
Injektionen:				
Insulin:				

Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel: