

Gemütsstimmung? kooperativ freundlich depressiv suicidal

.....

Gefährliche Eigenschaften? nein ja, welche.....
 aggressiv verbal tötlich

.....

Neigung zum Alkoholabusus? nein ja Abusus

.....

Raucher? nein ja (stark / nicht stark)

.....

Körperliche Behinderung(en) - Art -

.....
.....
.....

Diagnosen

.....
.....
.....
.....
.....

Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten - im Sinne des BSG -

.....

Hinweise und Bemerkungen des Arztes, u. a. Diät

.....
.....
.....

.....den.....20

.....
(Stempel und Unterschrift des Arztes)