



9.  
Besteht eine körperliche Behinderung ?  
( wenn Ja, welcher Art ? )

10.  
Liegen psychische Störungen vor ?  
( wenn Ja, welcher Art ? )

11.  
Bestehen ansteckende Krankheiten  
Wie z.B. TBC oder MRSA ?  
( bitte genau bezeichnen )

12.  
Diagnosen ( nach ICD 10 )

13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden ?

14.  
Ist Diät/Schonkost erforderlich ?  
( wenn Ja, welcher Art ? )

15.  
Hinweise/Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen  
Untersuchung der aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort:

Datum: