

Ärztlicher Fragebogen

(vom Hausarzt bzw. vom derzeit behandelnden Arzt ausfüllen und unterschreiben lassen)



Senioren-Park Buxheim

Rot-Kreuz-Straße 5
87740 Buxheim
Tel. 08331 / 9771-0
Fax: 08331 / 9771-20

Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen.)

Vor- und Zuname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Aufenthalt z. Zeit:	

Geistig-seelische Behinderung/en bzw. Störungen:

.....
Sind **Suchtkrankheiten** bekannt?
Nein Ja

Diagnosen: *(möglichst deutsche Bedeutung)*

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

Bedarf der Patient einer besonderen Diät?
Nein Ja

Sondenkost Zusatz-/Aufbaunahrung

Ist der Patient frei von **ansteckenden Krankheiten**, (z. B. TBC) nach IfSG?
Ja Nein

Ist der Patient frei von **multiresistenten Keimen** (z. B. MRSA, MRGN, Norovirus, etc.)?
Ja Nein

Sonstige Hinweise des Arztes?

.....

Zu verabreichende **Medikamente:** Zum Zeitpunkt der Aufnahme
*(bitte in **Druckbuchstaben** deutlich schreiben)*

Medikamentenname <i>(Generika)</i>	morgens	mittags	abends	nachts
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____