Stempel Einrichtung

Ärztlicher Fragebogen

(anlässlich der Anmeldung für einen Heimaufenthalt/Besuch der Tagespflege)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Frei von ansteckenden Krankheiten? x ja

☐ nein, welche _____

_____

Diagnosen: _____

_____

_____

_____

	ja	nein	zeit-weise	Erläuterungen
Besonderheiten: O^{2-}Gerät/Port/PEG				
Orientiert				
Suchtkrankheiten				
Psychiatrische Auffälligkeiten				
Fremd- oder Selbstgefährdung				
Frontotemporale Demenz				
Allergien				

Medikamente:

	Nüch-tern	morgens	vor-mittags	mittags	nach-mittags	abends	Zur Nacht

Bemerkungen: _____

_____

_____

Datum: _____ Unterschrift/Stempel: _____