

Ärztlicher Fragebogen zur Anmeldung

Vorname, Nachname; Adressdaten

Geburtsdatum:

Hausarzt:

Pflegegrad:

Versicherungsnummer:

Krankenkasse:

Diagnosen:

☐ Diabetes Mellitus

☐ Osteoporose

☐ Bösartige Tumorerkrankung

☐ Demenz

☐ Multiple Sklerose

☐ Tetraplegie / Tetraparese

☐ Parkinson

☐ Chorea Huntington

☐ Apallisches Syndrom

Ist es in den letzten 6 Monaten zu einem der folgenden Krankheitsereignisse gekommen?

☐ Apoplex am:

☐ Fraktur am:

☐ Herzinfarkt am:

☐ Amputation am:

Bitte aktuellen Medikamentenplan und Diagnosen anhängen

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja welche:

Besteht / bestand eine ansteckende Krankheit, wenn ja Befund und Körperstelle angeben:

Clostridien (CDI)

☐ Ja

☐ Nein

Hepatitis

☐ Ja

☐ Nein

TBC- Erkrankung

☐ Ja

☐ Nein

VRE

☐ Ja

☐ Nein

MRSA- Infektion

☐ Ja

☐ Nein

☐ Ja

☐ Nein

MRGR- Infektion

☐ Ja

☐ Nein

☐ Ja

☐ Nein

Bestehen psychische Störungen / Auffälligkeiten

☐ Ja

☐ Nein

Wenn Welche?

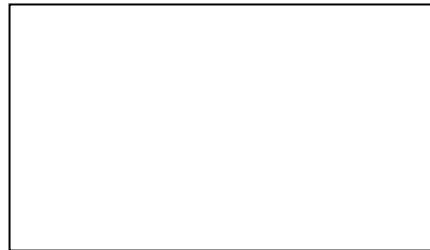
Dekubitus: ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wo: _____

Wunden: ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wo: _____

Ggf. Wundversorgung

Datum: _____

Unterschrift: _____



Stempel