Ärztlicher Fragebogen bei Heimaufnahme / Kurzzeitpflege / Tagespflege

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Liegen meldepflichtige oder ansteckende Erkrankungen vor? ja O nein O

Wenn ja, welche? O Tbc O Hepatitis, Typ: O Sonstige:

Liegt eine Suchterkrankung vor? ja O nein O

Wenn ja, welche?

Liegt ein multiresistenter Keim vor? ja O nein O

Wenn ja welcher? O MRSA O VRE O MRGN O Sontige:

Bestehende Erkrankungen/ Diagnosen:

Medikamente:	morgens:	mittags:	abends:	nachts:

Bedarfsmedikation mit **Angabe der Indikation** und der **Menge innerhalb von 24 Std**.:

Datum, Ort, Unterschrift u. Stempel