



Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Krankenkasse:	
Diagnosen:	1.	4.	
	2.	5.	
	3.	6.	

Allergien: _____

Besteht eine Suchtkrankheit? nein ja

Besteht eine körperliche Behinderung? nein ja

Liegt eine psychische Störung vor? nein ja

Frei von MRSA oder ORSA? nein ja

Besteht ein Noro-Virus? nein ja

Besteht eine ansteckende Krankheit wie z.B. TBC? (bitte genau bezeichnen)

(liegt ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor?)

Medikation	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Injektionen				

Psychische Verfassung:

Örtlich orientiert ja nein zeitweise

Zeitlich orientiert ja nein zeitweise

Persönlich orientiert ja nein zeitweise

Situativ orientiert ja nein zeitweise

Treten nachts Unruhezustände auf? ja nein zeitweise

Ist der Patient weglaufgefährdet? ja nein zeitweise

Physische Verfassung:

gehfähig gehunfähig dauernd bettlägerig teilweise bettlägerig

Urininkontinent Stuhlinkontinent DK Ch: Datum:

Hinweise/ Bemerkungen:

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes