

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Vom behandelnden Arzt auszufertigen!

N A M E des Patienten	
Geburtsdatum/Sozialversicherungsnummer	

DIAGNOSEN VORERKRANKUNGEN	<input type="checkbox"/> psychische Krankheit <input type="checkbox"/> geistige Behinderung <input type="checkbox"/> Suchtkrankheit
MEDIKAMENTE	
ERNÄHRUNG	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> künstlich, welche:
INFEKTIÖSE KRANKHEITEN (TBC, Hepatitis, HIV,...)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:
MOBILITÄT	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> gehfähig mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> mobil mit personeller Unterstützung <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Bettlägrigkeit
GEFÄHRDUNG von LEBEN und GESUNDHEIT	selbstgefährdend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein fremdgefährdend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<i>Konkrete Beschreibung der Gefährdung:</i>

Der Patient hat eindeutig zu erkennen gegeben, dass er/sie der Heimaufnahme in ein Alten- und Pflegeheim zustimmt. ja nein

Datum/NAME (in Blockbuchstaben)/Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes (wenn Krankenhaus, Angabe der Abteilung, Telefon mit Durchwahl)	