

Ärztlicher Fragebogen

Anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung

Name: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____

Krankenversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Allergien/Unverträglichkeiten

Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche)?

Erkrankungen/Diagnosen

Medikamente/Dosierungen

Medikament	Dosierung	Medikament	Dosierung

Ist eine Diät/Schonkost erforderlich (wenn ja, welcher Art)?

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten?	Ja	Nein
Ist der Patient frei von MRSA?	Ja	Nein
Liegt eine ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane vor?	Ja	Nein
Liegt eine Gripeschutzimpfung vor?	Ja	Nein
Liegt eine Impfung gegen SARS-CoV2 vor?	Ja	Nein

Hinweise/Bemerkungen

Aus ärztlicher Sicht bestehen gegen die Aufnahme in die Einrichtung keine Einwände.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Ärztin/Arzt

Haus Heidhorn GmbH – Träger der Einrichtungen
Haus Heidhorn, Westfalenstraße 490, 48165 Münster, Tel: 02501/442-26100, Fax: 02501/442-26101
Achatius-Haus, Münsterstraße 24b, 48167 Münster, Tel: 02506/3046-26500, Fax: 02506/3046-26505