



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:

Ist 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

Suchtkrankheiten, wenn ja, welche? ja nein

Hinweise, Bemerkungen:

Aus ärztlicher Sicht bestehen gegen eine Heimaufnahme keine Einwände

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Arzt

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