

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Diakoniewerk Stargard GmbH

Ev. Alten- und Pflegeheim „Marienhaus“

Bruchstraße 20

17258 Feldberger Seenlandschaft

Tel.: (039831) 527 – 0

Vor- und Zuname		
Geburtsdatum		
Besteht eine Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	wenn ja, welche (bitte genau bezeichnen)?	
frei von ORSA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
frei von MRSA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diagnose		
Hinweise, Bemerkungen		

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Formular	Freigabe:		Bearbeitung	Version	Seite
K 1.3-2 Ärztlicher Fragebogen (E)	Datum	13.05.2011	APH „Marienhaus“	2	1 von 1
	Unterschrift	EL	von Kathrin Müller		