

Stöckenweid	Medizinische Angaben Informationen für den Heimarzt/Gesundheitsfachstelle	Seite 1/3
Formular		
Name / Vorname:		
Geburtsdatum:		

Diagnose (Grund und Art der Beeinträchtigung):

Beeinträchtigung:	Ja	Nein	Bemerkungen und Ergänzungen:
Motorisch / Beweglichkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sprachlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Denkfähigkeit / Intelligenz:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie / Absenzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychische Störungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autismus Spektrum Störung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologische Störungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fachärztliche Betreuung: (z.B. Epilepsieklinik, Neurologischer Facharzt, Psychiater)	
Name / Adresse / Tel.-Nr:	
Hausarzt:	Neu festlegen beim Eintritt. Es besteht die Möglichkeit, dass Dr. Seefried auch die hausärztliche Betreuung übernimmt.
Name / Adresse / Tel.-Nr.:	
Zahnarzt:	
Name / Adresse / Tel.-Nr.:	

Stöckenweid	Medizinische Angaben Informationen für den Heimarzt/Gesundheitsfachstelle	Seite 2/3
Formular		

Krankenkasse:
Mitgliednummer:

Ernährung / Diäten:	<input type="checkbox"/> Ja	_____	<input type="checkbox"/> Nein
Nahrungsmittel-Allergien:	_____		
Essverhalten:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> zu überwachen	_____

Impfstatus (Tetanus, Diphtherie, Polio, Mumps, Masern, FSME)	
Tetanus:	<input type="checkbox"/> Ja , Jahr der letzten Impfung: _____ <input type="checkbox"/> Nein
<u>Diphtherie / Tetanus: Ist für Mitarbeinde in der Gärtnerei, Schreinerei und Küche obligatorisch.</u>	
<input type="checkbox"/> Impfungen sind nicht generell NICHT gewünscht	

Beilagen:

Bitte eine Kopie vom aktuellen Impfausweis mitsenden, danke.

Datum

Unterschrift

Stöckenweid	Medizinische Angaben Informationen für unseren Hausarzt/Gesundheitsfachstelle	Seite 3 /3
-------------	---	------------

BITTE VOM HAUSARZT AUSFÜLLEN LASSEN

Diagnose (Grund und Art der Beeinträchtigung):

Anamnese:	Ja	Nein	Bemerkungen und Ergänzungen:
Wichtige Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Unfälle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Operationen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Spitalaufenthalte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychiatrieaufenthalte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bitte falls vorhanden, bitte aktuelle Spital-/Psychiatrie-/Arztberichte beilegen.			

Aktuelle Medikationen:

Notfallmedikationen:

Datum

Stempel / Unterschrift vom Hausarzt