

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.:
.....

Hausratzt: 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: Ja _____ Nein

Nahrungsmittel-Allergien: _____

Essverhalten: Normal zu überwachen _____

Impfstatus (Tetanus, Diphterie, Polio, Mumps, Masern, FSME)

Tetanus: Ja, Jahr der letzten Impfung: Nein

Diphtherie / Tetanus: Ist für Mitarbeiter in der Gärtnerei, Schreinerei und Küche obligatorisch.

Impfungen sind nicht generell NICHT gewünscht

Beilagen:

Bitte eine Kopie vom aktuellen Impfausweis mitsenden, danke.

Datum

Unterschrift

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