



Aurelius-Hof Mainhausen
Ärztlicher / pflegerischer Fragebogen

3.4.2

Bitte lassen Sie dieses Formular von Ihrem Hausarzt bzw. dem Krankenhaus ausfüllen:

Name, Vorname des Bewohners: _____

Hausarzt: Name: _____

Straße: _____

Plz/Ort: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Fachrichtung: _____

Sind Sie bereit, auch im Aurelius-Hof die Betreuung zu übernehmen? ja nein

Pflegegrad: _____ seit: _____

Diagnose:

Medikation:

Bezeichnung	Morgens	mittags	abends	nachts

Notwendige Verordnungen:

- Verbandswechsel ja nein
- Dekubitus ja nein wenn ja, wo: _____
- Sondenkost ja nein wenn ja, welche: _____
- Suchterkrankung ja nein wenn ja, welche: _____

Das Team vom Aurelius-Hof Mainhausen bedankt sich herzlich für diese Informationen!



Aurelius-Hof Mainhausen
Ärztlicher / pflegerischer Fragebogen

3.4.2

Angaben zum Gesundheitszustand

Liegen ansteckende Krankheiten vor? (MRSA,TBC,COVID19, etc.) ja nein

Der Nachweis gem. §36 (4) Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist mittels ärztlichem Zeugnis vor oder unverzüglich nach der Aufnahme der Leitung vorzulegen.

Zeitliche Orientierung ja nein

Örtliche Orientierung ja nein

Situative Orientierung ja nein

Personelle Orientierung ja nein

Selbstgefährdung ja nein

Bewusstseinslage wach ansprechbar somnolent komatös

benötigte Hilfsmittel

Bisherige Therapien / sonstiges

Krankengymnastik Ergotherapie Logopädie _____

Hinweise:

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes