

Tel 06281 56 24 20
 Fax 06281 56 24 25 67
galda-haus@jd-regiocare.de
Ärztlicher Fragebogen (Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme)

Patient:Adresse:..... geb. am:.....

| Medikament/Verordnung | morgens | mittags | abends | nachts |
|-----------------------|---------|---------|--------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

oder Medikamentenplan!

 Diagnosen: _____

Ansteckende Krankheiten:

- MRSA infiziert nicht infiziert nicht bekannt
- VRE infiziert nicht infiziert nicht bekannt
- Clostridien infiziert nicht infiziert nicht bekannt
- MRGN infiziert nicht infiziert nicht bekannt
- Hepatitis (A,B,C..) infiziert nicht infiziert nicht bekannt
- HIV infiziert nicht infiziert nicht bekannt
- Tuberkulose (TBC) infiziert nicht infiziert nicht bekannt
- Sonstige _____

Bitte Rückseite beachten! →


welche hausärztliche Versorgung können Sie während des Aufenthalts Ihres Patienten/Ihrer Patientin im Helmuth Galda Haus weiter übernehmen?

Tel 06281 56 24 20
Fax 06281 56 24 25 67
galda-haus@jd-regiocare.de

- Komplette Versorgung incl. evtl. Hausbesuche,
- telefonische Beratung, keine Hausbesuche,
- die Medikation (evtl. Rezepte)
- keine

Ausgestellt am:

Unterschrift/Arztstempel

Herzlichen Dank!
