



**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! →**



Johannes-Diakonie

RegioCare

Helmuth Galda Haus

Tel.: 06281 56 24 20

Fax: 06281 56 24 25 67

Email: [helmuth-galda-haus@jd-regiocare.de](mailto:helmuth-galda-haus@jd-regiocare.de)



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

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

\_\_\_\_\_  
Ausgestellt am:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Arztstempel

Herzlichen Dank!

---