ASB Seniorenwohnpark Falkensee Ruppiner Str. 20 14612 Falkensee Telefon 03322 / 258-206 Telefax 03322 / 258-201	Eingangsvermerk

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben
Bitte kreuzen Sie zutreffendes an!

Name:_____ Vorname: _____ geb. am: _____

Folgende Angaben dürfen nicht älter als 4 Wochen sein lt. RKI:	**Ja**	**nein**
Ist der Patient frei von ansteckenden, isolierungspflichtigen Krankheiten lt. § 36 IfSG?		
Ist der Patient frei von MRSA/ORSA, wenn nein: **Lokalisation:** Behandlung erfolgte: ☐ Nein ☐ Ja, welche _____ _____ Weitere Behandlung erforderlich: ☐ Nein ☐ Ja, welche _____		
Ist der Patient frei von Suchtkrankheit? Wenn nein, welche?		
Ist der Patient frei von Allergien? Wenn nein, welche?		
Körperliche Beeinträchtigung?		
Geistig-seelische Beeinträchtigung/Störung?		
Diagnosen?		

Aktuelle Medikamente	**seit**	**morgens**	**mittags**	**abends**	**nachts**

Oder einen aktuellen unterschrieben ärztlichen Medikamentenplan!! Ohne diesen ist eine Medikamentenverabreichung durch das Pflegepersonal nicht gegeben.

_____ _____
Datum Stempel und Unterschrift des behandelnden bzw. leitenden Arztes