



| | | | |
|--|---|--|---|
| Ev. Altenhilfe Brück-Merheim e.V. Matthias Claudius Heim Alle Bereiche |  | Ev. Altenhilfe Brück-Merheim e.V. Matthias Claudius Heim Tel.:0221-8909-0 Fax:0221-8909-106 |  |
| | Qualitätsmanagement-Handbuch | | |
| K 1.4.3.6.12 | Ärztlicher Fragebogen | | |

Ärztlicher Fragebogen zur Anmeldung in der Kurzzeitpflege

| | |
|--------------------------|-------------|
| Vor- und Zuname : | |
| Geburtsdatum: | |
| Wohnort | PLZ: |
| Straße | |

Diagnose(n):

Frei von ansteckenden Krankheiten: ja nein

Aktuelle Medikamentenanordnung, Insulinschema, Bedarfsmedikation liegt bei (s.u.):

| Medikation | morgens | mittags | abends | nachts |
|------------|---------|---------|--------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Ort, Datum **Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin**