

Stöckenweid	Medizinische Angaben Informationen für den Heimarzt/Gesundheitsfachstelle	Seite 1/3
Formular		
Name / Vorname:		
Geburtsdatum:		

Diagnose (Grund und Art der Beeinträchtigung):

Beeinträchtigung:	Ja	Nein	Bemerkungen und Ergänzungen:
Motorisch / Beweglichkeit:	☐	☐	
Sprachlich:	☐	☐	
Denkfähigkeit / Intelligenz:	☐	☐	
Epilepsie / Absenzen:	☐	☐	
Psychische Störungen:	☐	☐	
Autismus Spektrum Störung:	☐	☐	
Neurologische Störungen:	☐	☐	

Fachärztliche Betreuung: (z.B. Epilepsieklinik, Neurologischer Facharzt, Psychiater)	
Name / Adresse / Tel.-Nr:	
Hausarzt:	Neu festlegen beim Eintritt. Es besteht die Möglichkeit, dass Dr. Seefried auch die hausärztliche Betreuung übernimmt.
Name / Adresse / Tel.-Nr.:	
Zahnarzt:	
Name / Adresse / Tel.-Nr.:	

Stöckenweid	Medizinische Angaben Informationen für den Heimarzt/Gesundheitsfachstelle	Seite 2/3
Formular		

Krankenkasse:	
Mitgliednummer:	

Ernährung / Diäten:	☐ Ja	_____	☐ Nein
Nahrungsmittel-Allergien:	_____		
Essverhalten:	☐ Normal	☐ zu überwachen	_____

Impfstatus (Tetanus, Diphtherie, Polio, Mumps, Masern, FSME)	
Tetanus:	☐ Ja , Jahr der letzten Impfung: _____ ☐ Nein
<u>Diphtherie / Tetanus: Ist für Mitarbeinde in der Gärtnerei, Schreinerei und Küche obligatorisch.</u>	
☐ Impfungen sind nicht generell NICHT gewünscht	

Beilagen:

Bitte eine Kopie vom aktuellen Impfausweis mitsenden, danke.

Datum

Unterschrift

BITTE VOM HAUSARZT AUSFÜLLEN LASSEN

Diagnose (Grund und Art der Beeinträchtigung):

Anamnese:

Ja

Nein

Bemerkungen und Ergänzungen:

Wichtige Krankheiten:

☐☐

Allergien:

☐☐

Unfälle:

☐☐

Operationen:

☐☐

Spitalaufenthalte:

☐☐

Psychiatrieaufenthalte:

☐☐

Bitte falls vorhanden, bitte aktuelle Spital-/Psychiatrie-/Arztberichte beilegen.

Aktuelle Medikationen:

Notfallmedikationen:

Datum

Stempel / Unterschrift vom Hausarzt