

Pflege und Betreuungsheim
Ortenau Klinikum
Fußbach 5, 77723 Gengenbach
Tel. 07803 / 805 – 0
Fax: 07803 / 805 - 150
E Mail: info@pb.ortenau-klinikum.de



**PFLEGE- UND
BETREUUNGSHEIM**
Ortenau Klinikum

Ärztlicher Fragebogen (bitte vollständig ausfüllen)

Dieser Fragebogen dient der Vorbereitung zur

Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege

Vollstationäre Pflege

Tagesbetreuung/pflege

Name /Vorname / des Hausarztes:.....

Tel:.....Handy.....Fax – Nr.....

Name/ Vorname des Versicherten:.....

Straße.....PLZ/Ort.....

Krankenkasse

.....KV/NR.....

Diagnose / Krankheitsbilder:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Besteht eine Infektionskrankheit

MRSA

AIDS

Hepatitis A/B

Sonstiges

Nein

Hepatitis C

Ja

TBC

Besteht eine Suchtkrankheit

Nein

Ja

Welche.....

Besteht eine körperliche Behinderung: Nein

Ja

Welche.....

Bedarf er / sie fremde Hilfe

Nein

Ja

Haushaltsführung

Körperpflege

Mobilität

Bedarf er / sie einer Gehhilfe/ Rollstuhl

Nein

Ja

Bedarf er / sie psychiatrische Behandlung

Nein

Ja

Bedarf er / sie neurologische Behandlung

Nein

Ja

Hat er / sie einen Herzschrittmacher:

Nein

Ja

.....
Ort/ Datum

.....
Unterschrift des Arztes