



MainWohl-Zentrum für psychische Gesundheit
 Lindestraße 3
 63743 Aschaffenburg

Kundendaten

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Krankenkasse:	
Versichertennummer:	

Diagnosen

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten

Schilderung der derzeit wichtigsten Krankheitssymptome:

Besteht ein/e (zutreffendes bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Künstlicher Darmausgang	<input type="checkbox"/> Trachealkanüle
<input type="checkbox"/> Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Ernährungssonde	

Liegt eine Suchterkrankung vor?nein ja , welche

--

Bestätigung des Arztes / Bestätigung des Arztes bei Aufnahme / Rückverlegung aus dem Krankenhaus:

<input type="checkbox"/>	Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose (§ 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Besteht eine Infektion mit COVID-19	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Testung am:

