	Formular	**Ärztlicher Fragebogen**

Wilhelm-Hoegner-Haus

Einrichtungsteil	**Eingliederungshilfe (gemeinschaftliches Wohnen)**
Straße	**Klettenberg 90**
Postleitzahl und Ort	**97318 Kitzingen**

Kundendaten

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Krankenkasse:	
Versichertennummer:	

Diagnosen

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten

Schilderung der derzeitig wichtigsten Krankheitssymptome:

Besteht ein/e (zutreffendes bitte ankreuzen)**:**

☐ Schluckstörung	☐ Künstlicher Darmausgang	☐ Trachealkanüle
☐ Urininkontinenz	☐ Dauerkatheter	☐
☐ Stuhlinkontinenz	☐ Ernährungssonde	

Liegt eine Suchterkrankung vor?	nein ☐	ja ☐ , welche

Bestätigung des Arztes / ☒ Bestätigung des Arztes bei Aufnahme / Rückverlegung aus dem Krankenhaus *(diesen Punkt nicht ändern)*:

☐	Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose (§ 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)	nein ☐	ja ☐	
☐	Besteht eine Infektion mit COVID-19	nein ☐	ja ☐	**Testung am:**
☐	Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen sonstiger meldepflichtiger Krankheiten	nein ☐	ja ☐	

☐	Besteht eine Hepatitis Infektion	nein ☐	ja ☐	nicht bekannt ☐
☐	Besteht eine Infektion/Kolonisation mit multiresistenten Erregern	nein ☐	ja ☐	nicht bekannt ☐
☐	Besteht eine HIV Infektion	nein ☐	ja ☐	nicht bekannt ☐

Medikation:
Bitte den aktuellen Medikationsplan beifügen

Sonstiges:

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