



**Senioren Dienste gGmbH
Helmuth Galda Haus**

Tel 06281- 56 24 20

Fax 06281- 56 24 25 67

Email: helmuth-galda-haus@eva-buchen.de

Ärztlicher Fragebogen

Ihre Patientin/Ihr Patient ist zur Heimaufnahme in unsere Einrichtung angemeldet.

Um eine optimale Pflege und Betreuung zu gewährleisten, ist es für unser Pflegeteam wichtig, Kenntnisse über die medizinische Anamnese unseres zukünftigen Bewohners/Bewohnerin zu erhalten.

Wir bitten sie deshalb um Ihre Mithilfe, bedanken uns bereits im Voraus für Ihre Kooperationsbereitschaft und freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit mit Ihnen!

Ihr Helmuth Galda Haus

Patient:..... geb. am:.....

Medikament/Verordnung	morgens	mittags	abends	nachts

oder Medikamentenplan!

Diagnosen: _____

Bitte Rückseite beachten! →

Dokument:	Datum:	Seiten:	Sachstand:	Verantwortlich:	Freigabe:
U1.3	20.01.2017	1 von 2	07052019	PDL	HL



**Seniordienste gGmbH
Helmuth Galda Haus**

Tel 06281- 56 24 20

Fax 06281- 56 24 25 67

Email: helmuth-galda-haus@eva-buchen.de

Ansteckende Krankheiten:

- MRSA infiziert nicht infiziert nicht bekannt
- Hepatitis (A,B,C..) infiziert nicht infiziert nicht bekannt
- HIV infiziert nicht infiziert nicht bekannt
- Tuberkulose (TBC) infiziert nicht infiziert nicht bekannt

- Sonstige _____



welche hausärztliche Versorgung können Sie während des Aufenthalts Ihres Patienten/Ihrer Patientin im Helmuth Galda Haus weiter übernehmen?

- Komplette Versorgung incl. evtl. Hausbesuche
- telefonische Beratung, keine Hausbesuche
- die Medikation (evtl. Rezepte)
- keine

Ausgestellt am:

Unterschrift/Arztstempel

Herzlichen Dank!

Dokument:	Datum:	Seiten:	Sachstand:	Verantwortlich:	Freigabe:
U1.3	20.01.2017	2 von 2	07052019	PDL	HL