

Stöckenweid	Medizinische Angaben Informationen für den Heimarzt	Seite 1
Formular		

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Diagnose / Grund der Behinderung:

Beeinträchtigung:	Ja	Nein	Bemerkungen und Ergänzungen:
Motorisch / Beweglichkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sprachlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Denkfähigkeit / Intelligenz:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie / Absenzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychische Störungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologische Störungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Anamnese:	Ja	Nein	Bemerkungen und Ergänzungen:
Wichtige Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unfälle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Operationen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spitalaufenthalte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychiatrieaufenthalte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Stöckenweid	Medizinische Angaben Informationen für den Heimarzt	Seite 2
Formular		

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.:

.....

Krankenkasse:

Mitgliednummer:

Privathaftpflicht: Ja Nein

	Ja	Nein	Wenn Ja, welche:
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Therapien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medikamente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ernährung / Diäten: Ja Nein

Essverhalten: Normal Überwachen Andere:

Impfstatus (Tetanus, Diphtherie, Polio, Mumps, Masern, FSME)

Bitte eine Kopie vom Impfausweis beilegen

Tetanus: Ja, Jahr der letzten Impfung: Nein

➤ **Diphtherie / Tetanus:** Ist für die Mitarbeitende der Gärtnerei, Schreinerei, Küche obligatorisch.

➤ **Impfungen sind nicht erwünscht:** **Nicht erwünscht**

Datum:..... **Unterschrift / Funktion** z.B. Eltern / Beistand:

Ersteller: QM-Verantw.	Prüfer: Heimarzt	Freigeber: GL, Heimarzt	Datenbank: CD-QM
Erstelldatum: Sept. 2010	Prüfdatum: Sept. 10	Freigabedatum: Sept. 10	letzte Änderung: März 2018
Dateiname: Aufnahme- und Austrittsreglement, Medizinische Angaben			Ordner Nr: 6.8.