

Stöckenweid	<b>Medizinische Angaben</b> Informationen für den Heimarzt/Gesundheitsfachstelle	Seite 1/3
Formular		

**Name / Vorname:**

---

**Geburtsdatum:**

---

**Diagnose (Grund und Art der Beeinträchtigung):**

---



---

<b>Beeinträchtigung:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Bemerkungen und Ergänzungen:</b>
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"/>	
Autismus Spektrum Störung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologische Störungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**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.: .....

.....

Stöckenweid	<b>Medizinische Angaben</b> Informationen für den Heimarzt/Gesundheitsfachstelle	Seite 2/3
Formular		

**Krankenkasse:** .....

Mitgliednummer: .....

**Ernährung / Diäten:**       Ja      \_\_\_\_\_       Nein

Nahrungsmittel-Allergien: \_\_\_\_\_

Essverhalten:               Normal       zu überwachen \_\_\_\_\_

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

Tetanus:       **Ja**, Jahr der letzten Impfung:                       **Nein**

**Diphtherie / Tetanus: Ist für Mitarbeinde in der Gärtnerei, Schreinerei und Küche obligatorisch.**

Impfungen sind nicht generell NICHT gewünscht

**Beilagen:**

Bitte eine Kopie vom aktuellen Impfausweis mitsenden, danke.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Stöckenweid	<b>Medizinische Angaben</b> Informationen für unseren Hausarzt/Gesundheitsfachstelle	Seite 3 /3
-------------	---	------------

**BITTE VOM HAUSARZT AUSFÜLLEN LASSEN**

**Diagnose (Grund und Art der Beeinträchtigung):**

---

Anamnese:	Ja	Nein	Bemerkungen und Ergänzungen:
Wichtige Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien:	<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"/>	_____

**Bitte falls vorhanden, bitte aktuelle Spital-/Psychiatrie-/Arztberichte beilegen.**

**Aktuelle Medikationen:**

---



---



---

**Notfallmedikationen:**

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift vom Hausarzt