	Formular	**Ärztlicher Fragebogen (HSB)**

AWO Haus Sonnenblick
Sudetenstr. 81, 97737 Gemünden a. Main
Tel.: 09351/3717, Fax: 09351/99785
Email: haus-sonnenblick@awo-unterfranken.de

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** bei Aufnahme **/ Rückverlegung aus dem Krankenhaus:**

☒	Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose (§ 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)	nein ☐	ja ☐	
☒	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 ☐

	Formular	**Ärztlicher Fragebogen (HSB)**

Medikation:

Bitte den aktuellen Medikationsplan beifügen

Sonstiges:

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