

AWO Sozialzentrum Jung und Alt
Winterhäuser Str. 11
97084 Würzburg
Tel: 0931 - 61 03 500

www.sozialzentrum-wuerzburg.de
sozialzentrum@awo-unterfranken.de
Fax: 0931 - 61 03 505

Kundendaten

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Krankenkasse:	
Versichertennummer:	

Diagnosen

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten

Schilderung der derzeit wichtigsten Krankheitssymptome:

Besteht ein/e (zutreffendes bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Künstlicher Darmausgang	<input type="checkbox"/> Trachealkanüle
<input type="checkbox"/> Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Ernährungssonde	

Liegt eine Suchterkrankung vor?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> , welche
--	-------------------------------	--------------------------------------

Bestätigung des Arztes / Bestätigung des Arztes bei Aufnahme / Rückverlegung

<input type="checkbox"/>	Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungs-fähigen Lungentuberkulose (§ 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Besteht eine Infektion mit COVID-19	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Testung am:
<input type="checkbox"/>	Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen sonstiger meldepflichtiger Krankheiten	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Besteht eine Hepatitis-Infektion	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nicht bekannt <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Besteht eine Infektion / Kolonisation mit multiresistenten Erre-gern	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nicht bekannt <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Besteht eine HIV Infektion	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nicht bekannt <input type="checkbox"/>

