

	Formular	Ärztlicher Fragebogen (WHH)
---	----------	------------------------------------

ARBEITERWOHLFAHRT
Wilhelm-Hoegner-Haus
Eingliederungshilfe besondere Wohnform
 Klettenberg 90
 97318 Kitzingen

Kundendaten

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Krankenkasse:	
Versichertennummer:	

Diagnosen

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten

Schilderung der derzeit 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:

☐	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 ☐

Geltungsbereich: Wilhelm-Hoegner-Haus (BEH)			Revision: 001/02.2026
Bearbeitung: Aust, Udo	Prüfung: Aust, Udo	Freigabe: Aust, Udo	Seite: 1

Bitte den aktuellen Medikationsplan beifügen

[illegible]

Geltungsbereich: Wilhelm-Hoegner-Haus (BEH)			Revision: 001/02.2026
Bearbeitung: Aust. Udo	Prüfung: Aust. Udo	Freigabe: Aust. Udo	Seite: 2