


AWO Wilhelm-Hoegner-Haus Vollstationäre Eingliederungshilfe (BEH) Klettenberg 90 97318 Kitzingen Tel. 09321/ 306 – 138 oder 140 Fax 09321/ 306 – 100 oder 157	
--	---

Hiermit entbinde ich den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht zum Zwecke der Aufnahme.

 Unterschrift des Kunden oder des gesetzlichen Vertreters

Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Geburtsname: _____	_____

Krankenkasse _____ Versicherungsnummer _____

Grund der Aufnahme: _____

Hausarzt Anschrift, Tel.	
Facharzt Anschrift, Tel.	

Ärztliche Diagnosen (bitte in Druckbuchstaben)	

Vergangene Klinikaufenthalte

Klinik	Zeitraum	Diagnose

Medikation	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Bedarf

Anamnese:

Ernährung: Kostform _____

Körperpflege: selbständig mit Hilfe _____

Hautzustand: _____

Herzschrittmacher: nächste Kontrolle (Datum): _____

Diabetes: Insulinpflichtig BE: _____

Allergien: _____

Suchtverhalten welche: _____

Fremdaggression: _____

Besondere Verhaltensmerkmale: _____

frei von ansteckenden Krankheiten nach § 36 Abs.4 InfSG

Ermittlung des Pflegeaufwandes:

	S	A	TÜ	VÜ
Ankleiden / Auskleiden				
Waschen				
Baden / Duschen				
Rasieren				
Zahn-/ Mundpflege				
Nagel-/ Fußpflege				
Nahrungsaufnahme				
Aufstehen / Zubett gehen				
Gehen				
Stehen				
Treppensteigen				
Ausscheidung / Stuhl				
Ausscheidung / Urin				

Legende:

- S = selbständig
- A = Anleitung
- TÜ = Teilübernahme
- VÜ = volle Übernahme

Sonstiges: _____

Datum

Stempel / Unterschrift: (Arzt)

AWO/AWOHN/PWS	QMH V	Illc-1.1 Erstkontakt und Aufnahme	FO BEH EK 0004 Ärztlicher Fragebogen		
Erstellt	Geprüft	Freigabe	Version	Datum	Seite
QZ BEH	QMB	BGF	1.0	29.10.2015	Seite 3 von 3