

Zur beabsichtigenden Anmeldung im Evangelischen Alten- und Pflegeheim RAGOCZY-STIFT
 v. Dasselstr. 4, 51580 Reichshof-Eckenhagen
 Tel.: (02265) 99 24-0, Fax: (02265) 99 24-20

| | | | |
|-----------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. | Name, Vorname: | | |
| | Straße, Hausnummer: | | |
| | PLZ/Ort: | | |
| | Telefon: | Geburtsdatum: | |
| | Selbstständiger Haushalt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| | Krankenhausaufenthalt vor der Aufnahme? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. | Besteht eine körperliche Behinderung? Wenn ja, welcher Art (bitte genau bezeichnen) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 3. | Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (bitte genau bezeichnen) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 4. | Liegen psychische Störungen vor? Wenn ja, welcher Art | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 5. | Wie ist die Gemütsstimmung/seelische Verfassung? | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 6. | Besteht eine Suchtkrankheit? Wenn ja welche? | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 7. | aktuelle Diagnosen: | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | | | |
|------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. | Welche Medikamente müssen verabreicht werden? | | | | |
| | | Morgens | Mittags | Abends | Nachts |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Ist Diät erforderlich? Wenn ja, welcher Art? | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 10. | Hinweise und Bemerkungen: | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.
 Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ort: _____
 Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes