



**Caritas-Haus St. Barbara**  
Goethestr. 30  
92237 Sulzbach-Rosenberg  
Tel. 09661/8734-0  
Fax. 09661/8734-50

## Ärztliche Stellungnahme

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

---

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig, wahrheitsgemäß und in Druckbuchstaben. Herzlichen Dank!

<b>1. Name, Vorname</b>			
2. Geburtsdatum:			
3. Ist Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
4. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____		<input type="checkbox"/> nein
5. Diagnose ( <b>bitte in Druckbuchstaben</b> ): _____ _____ _____			
6. Medikation:		Marcumar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____			
a) Port-Katheter		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b) Tracheostoma		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c) Herzschrittmacher		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
d) Spezielle Diät?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____
<input type="checkbox"/> Insulin, Präparat: _____			
7. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch ansteckungsfähige Lungentuberkulose gem. §36 Abs. 4 IfGS)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, _____
a) MRSA		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
b) Hepatitis A - B - C		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
c) Andere ansteckende Krankheiten		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____
8. Bestehen Allergien / Anfallsleiden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____	
9. Hinweise und Bemerkungen des Arztes: _____ _____ _____			

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Telefonnummer