

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

<b>1.</b>	<b>Name, Vorname:</b>	
	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
<b>2.</b>	<b>Besteht eine körperliche Behinderung? Wenn ja, welcher Art (bitte genau bezeichnen)</b>	
<b>3.</b>	<b>Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (bitte genau bezeichnen)</b>	
<b>4.</b>	<b>Liegen psychische Störungen vor? Wenn ja, welcher Art</b>	
<b>5.</b>	<b>Wie ist die Gemütsstimmung/seelische Verfassung?</b>	
<b>6.</b>	<b>Besteht eine Suchtkrankheit? Wenn ja welche?</b>	
<b>7.</b>	<b>aktuelle Diagnosen:</b>	

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

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

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes