

Evangelisches Alten- und Pflegeheim Ragoczy-Stift- Eckenhagen gGmbH	Ärztlicher Fragebogen Kurzzeitpflege/stationäre Pflege Anlage 12 zur VA-2.1	Seite 1/2
--	---	----------------------

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?	☐ Ja ☐ Nein
	Krankenhausaufenthalt vor der Aufnahme?	☐ Ja ☐ 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
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
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