

Ärztlicher Fragebogen

zurück an



Das Zentrum für Betreuung.

Fink. Das Zentrum für Betreuung
Haus der Betreuung
Untertrogen 2
88171 Weiler

- **Haus der Betreuung**
 Untertrogen 2 ● 88171 Weiler i. Allgäu
 Tel. (0 83 87) 92 07-0 ● Fax (0 83 87) 92 07 16
- **Haus Eintracht**
 Langenried 17 ● 88179 Oberreute
 Tel. (0 83 87) 5 34

Vor- /Nachname der Person⇒ _____	Geburtsdatum⇒ _____
Adresse⇒ _____	

● Diagnosen:												
● Medikamentenplan:				mo	mi	ab	na		mo	mi	ab	na
● Injektionen:						● Covid-19 Impfung:						
						<input type="checkbox"/> ja Datum: _____						
						<input type="checkbox"/> nein						
● Infektionskrankheiten⇒ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												
<input type="checkbox"/> TBC					<input type="checkbox"/> HIV							
<input type="checkbox"/> MRE <input type="checkbox"/> Z.n. MRE: _____					<input type="checkbox"/> Hepatitis							
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>							
● Besteht eine Suchterkrankung⇒ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												
Wenn ja, welche:												
● Hinweise und Bemerkungen:												
Datum _____						Unterschrift _____						