



# Ärztlicher Fragebogen

## als Anlage zur Anmeldung im Seniorenzentrum Abendfrieden

Vor- und Nachname  geborene

Geburtsdatum

Diagnose

Psychische Erkrankungen

Medikamente

Allergien

Ist Diät/Schonkost erforderlich (wenn ja, welche?)

Hinweise/  
Bemerkungen  
z.B. Infektionen

Der/die Bewohner\*in ist gemäß § 36 Abs.4 Infektionsschutzgesetz (IfSG) frei von ansteckenden Krankheiten (wie z.B. Tbc, Hepatitis A, B, C; Covid 19, HIV, etc.)  ja  nein

Diese Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Ort   
Datum