

Arztbericht

Wohnheime Mosaik

Der Arztbericht ist durch den aktuell behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin auszufüllen.

1. Personalien Gesuchstellerin / Gesuchsteller

Name:	Vorname:
Lediger Name:	Geburtsdatum:
Zivilstand:	Konfession:
Heimatort:	Nationalität:
Telefon:	E-Mail:
IV/AHV Nr.: 756.	
Krankenkasse:	Karten Nr.
Patientenverfügung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Aktueller Aufenthaltsort:	
Aktuelle Wohnadresse:	PLZ/Ort:

2. Gesundheitszustand

Medizinische Diagnosen (ICD-10)

Selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten:

Suizidale Episoden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gewalttätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sexuelle Übergriffe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche	

Abhängigkeitserkrankungen/Konsum illegaler Substanzen

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche:
Wenn ja, aktuelle Situation:

Orientierung

<input type="checkbox"/> vorhanden
<input type="checkbox"/> fehlend in:

Sonstiges (Allergien, somatische Erkrankungen etc.)

Medikamentenverordnung

Medikamente: (Name, Milligramm)	Form	Mo	Mi	Ab	Na

Reservemedikation

Medikamente / Dosierung	Indikation

3. Ressourcen/besondere Fähigkeiten/Bemerkungen

--

4. Ausgefüllt durch:

Name, Vorname:

Adresse/Stempel:

PLZ/Ort:

Datum:

Unterschrift:

Telefon:
(für Rückfragen)