



FACHKLINIK MÜNSTERTAL

Albert-Hugard Strasse 34, 79219 Staufen

Tel.: 07633-8007 0 Fax: 07633-800 7 199 mailto: muenstertal@ak-familienhilfe.de

Fragebogen zur Aufnahme behinderter Erwachsener

(Stand 12/2008)

Datum:

Geplante Heilmaßnahme von _____ bis _____ in der Fachklinik Münstertal

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse:

Tel.: _____ E-mail: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Was ist bei der Unterbringung zu berücksichtigen:

Art der Behinderung:

Geistige Behinderung leicht mittel schwer

Körperbehinderung:

Genaue Beschreibung:

Grad der Behinderung: % Merkzeichen: Pflegestufe:

Infektionen:

Neigung zu Atemwegsinfekten andere: _____
chron. Hepatitis B
chron. Hepatitis C

vollständiger Impfschutz unvollständiger Impfschutz nicht geimpft

Benötigte Hilfsmittel:

Rollstuhl	Sauerstoffgabe
Gehilfe	Ernährungssonde
Überwachungsgerät	Orthese / Prothese
Blasenkatheter	
Brille	Hörgerät(e)
Absaugkatheter	
Andere _____	

