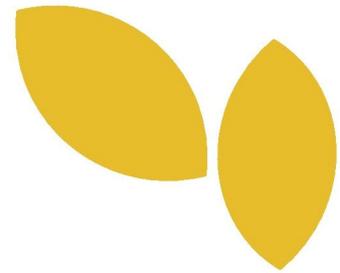


An:  
**Haus Eichen**  
**Mühlenweg**  
**56865 Blankenrath**



**Fax: 0 65 45 – 93 72 20 / Mail: info@haus-eichen.de**

## Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Verlegung in das Haus Eichen (Vorschaltphase)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Diagnosen nach ICD-10:

---

---

---

1. O.G. ist bei der Verlegung aus der Klinik in der Lage die ggfs. verordneten Medikamente selbständig zu stellen und einzunehmen.

Ja                       Nein

2. Bei o.G. liegen nach § 36 Abs. 4 IfSG weder eine ansteckende Lungen- TBC noch eine der im § 34 IfSG genannten Erkrankungen vor oder es besteht kein begründeter Verdacht, dass eine der vorgenannten Erkrankungen vorliegen.

Ja                       Nein

3. O.G. ist weder fremd- noch eigengefährdend und es liegt keine akute behandlungsbedürftige psychotische Störung vor.

Ja                       Nein

4. O.G. ist nicht desorientiert.

Ja                       Nein

wenn desorientiert, in welcher Form? (bspw. zeitlich, räumlich, situativ)

---

---

5. Bei o.G. liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.

Ja                       Nein

wenn pflegebedürftig, in welcher Form?

---

---

**(Voraussichtliche) Entlassungsmedikation:**

Arzneimittel	morgens	mittags	abends	nachts

Ich bestätige, dass o.G. vorgenannte und verordnete Entlassungsmedikation für **mindestens** zwei Tage erhält und dass eine ambulant ärztliche Anbindung der/ des o.G. nach Entlassung aus der Klinik ausreichend ist.

**Bemerkungen:**

---

---

---

---

Name der Ärztin/ des Arztes: \_\_\_\_\_

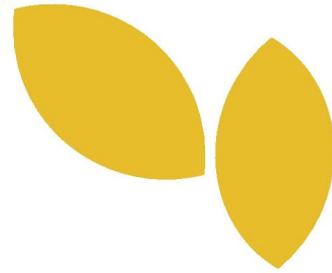
Station: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Aufnahme im Haus Eichen nur für PatientInnen möglich ist, bei welchen keine Kontraindikation vorliegt und die während des Klinikaufenthaltes nicht rückfällig waren.

**Vom Patienten auszufüllen!**



An:  
**Haus Eichen**  
**Mühlenweg**  
**56865 Blankenrath**

**Fax: 0 65 45 – 93 72 20 / Mail: info@haus-eichen.de**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Leistungsbezug:  Bürgergeld  ALG I  Krankengeld

Rente  Sonstiger  kein

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Betreuung:  Ja  Nein

Bewährungshilfe:  Ja  Nein

**Aufenthaltsverhältnisse/ Angaben der Wohnungslosigkeit**

Bitte tragen Sie hier Ihre Aufenthaltsverhältnisse der letzten drei Monate ein. Sollten Sie in diesem Zeitraum in einer Einrichtung (bspw. medizinische Rehabilitation, Betreutes Wohnen o.ä. gewesen sein), bitten wir Sie, Ihre Aufenthalte davor einzutragen.

Von	Bis	Wo?

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift PatientIn