

## Altenzentrum St. Antonius

Rahmer Str. 47  
44369 Dortmund  
Tel. 0231 / 31501-0  
Fax 0231 / 31501-119  
antonius@caritas-dortmund.de



**Caritas-Altenhilfe  
Dortmund GmbH**

### Ärztlicher Fragebogen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

### Diagnosen:

---

---

---

---

---

### Psychischer Befund:

---

---

---

---

---

## Altenzentrum St. Antonius

Rahmer Str. 47  
44369 Dortmund  
Tel. 0231 / 31501-0  
Fax 0231 / 31501-119  
antonius@caritas-dortmund.de



Caritas-Altenhilfe  
Dortmund GmbH

### Derzeitige Medikation:

Name	morgens	mittags	abends	nachts

### Sonstige Behandlungspflege:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Altenzentrum St. Antonius

Rahmer Str. 47  
44369 Dortmund  
Tel. 0231 / 31501-0  
Fax 0231 / 31501-119  
antonius@caritas-dortmund.de



Caritas-Altenhilfe  
Dortmund GmbH

Bei \_\_\_\_\_ liegen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer **Ansteckungsfähigen Lungentuberkulose** (gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz –IFGS) vor.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

---

### **Liegen bei der o.g. Person Hinweise auf besondere Erkrankungen vor wie z.B.**

auf eine chronische Hepatitis B –  
und / oder C- Infektion bzw. Erkrankung ?      **Ja ( )**      **Nein ( )**

auf eine Infektion bzw. Besiedelung mit MRSA  
(Methicillin resistenter Staphylococcus aureus) vor?      **Ja ( )**      **Nein ( )**

### **Sonstiges:**

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes