Ärztlicher Fragebogen

Interessent*in		
Name		
Vorname		
Geburtsdatum/-ort	am	in
Geburtsname		
Pflege- und Betreuungsbedarfe		
Gibt es Einschränkungen in der Orientierung?		
Gibt es Einschränkungen in der Mobilität?		
Gibt es Einschränkungen bei der Körperpflege / Kontinenz?		
Besondere Kostform		
Allergien	☐ Nein ☐ Ja, welche:	
Ansteckende Krankheiten/Infektionen	☐ Ja, welche: ☐ Nein ☐ Es liegt ein ärztliches Zeugnis nach Infektionsschutzgesetz vor	
Ärztliche Unterlagen	☐ Die aktuelle Verordnung der Medikamente liegt bei ☐ Medikamentenanamnese ☐ aktueller Arztbrief	

Psychiatrische Diagnosen	
Suchterkrankungen	☐ Nein ☐ Ja, welche: ☐ gegenwärtig abstinent
Somatische Diagnosen	

Ärztlicher Fragebogen

Therapeutische Wohngruppe

zfp Emmendingen
Bereich Wohnen und Pflege
Therapeutische Wohngruppe

EL

Eigengefährdung / Parasuizidale Handlungen	☐ Nein ☐ Ja, welche:
Fremdgefährdung	☐ Nein ☐ Ja, welche:
Bisherige Therapien und Ergebnisse	
Aktuelle Wohnform / bisherige Einrichtungen	
Unter welchem Setting konnte eine psychische Stabilität erreicht werden?	
Beschreibung des sozialen Netzwerks	
Vorhandende personale Ressourcen	
Beschreibung der aktuellen Situation / Befindlichkeit	
Anlass für die Anmeldung in der TWG	
Zielsetzung für den Aufenthalt in der TWG	
Perspektiven/ Ideen nach dem Aufenthalt in der TWG	

Ort und Datum:

Name, Unterschrift des Arztes