

Gesundheitsfragebogen

(in Zusammenhang mit einer Anmeldung für eine Aufnahme)

Dieser Fragebogen ist vom Bewerber/von der Bewerberin, von der gesetzlichen Vertretung sowie von einem zuständigen Arzt oder einer Ärztin auszufüllen (u.a. alle mit einem * gekennzeichneten Fragen) und mit dem Anmeldeformular einzureichen. Er wird innerhalb des Leitungsteams der Martin Stiftung vertraulich behandelt.

Der Bewerber/die Bewerberin oder die gesetzliche Vertretung (Vormund, Eltern) befreit den zuständigen Arzt/die zuständige Ärztin mit untenstehender Unterschrift von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht und bittet um vollständiges Ausfüllen des Fragebogens.

Ich befreie hiermit den/die weiter unten angegebenen Arzt/Ärztin von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht:

Ort und Datum: Unterschrift:

Personalien der Bewerberin/des Bewerbers

Name: Vorname:
Geburtsdatum:
Wohnadresse: PLZ / Ort:

Ärztliche Begleitung:

Hausarzt/-ärztin: Strasse / Nr.:
PLZ / Ort:
Telefon:
E-Mail:

Weitere Ärzte: Strasse / Nr.:
PLZ / Ort:
Telefon:
E-Mail:

Weitere Ärzte: Strasse / Nr.:
PLZ / Ort:
Telefon:
E-Mail:

Krankenkasse: Adresse:
Mitglied-Nr. PLZ / Ort:

Diagnose (*von einem Arzt auszufüllen):

Art der Behinderung

Manifestation der Behinderung

Ursache

Weitere Bemerkungen

Sehschwäche/Sehbehinderung	
Hörschwächen/Hörbehinderung	
Gehbehinderung	

Benötigte Hilfsmittel:

Brille		Hörgerät		Zahnprothese		Spezialschuhe		Rollstuhl	
--------	--	----------	--	--------------	--	---------------	--	-----------	--

Allgemeiner Gesundheitszustand*:

(Bitte genaue Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand und über somatische Befunde angeben)

Grösse **Gewicht:**

Krankheiten*	
Allergien*	

