

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	<input type="checkbox"/>	Hörgerät	<input type="checkbox"/>	Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	Spezialschuhe	<input type="checkbox"/>	Rollstuhl	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	----------	--------------------------	--------------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------	--------------------------

Allgemeiner Gesundheitszustand*:

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

Grösse **Gewicht:**

Krankheiten*	
Allergien*	

Epilepsie:

Ja

Mit Medikamenten

Mit Anfällen

Anfallsfrei

Seit wann?

Medikamente:

Alle verschriebenen Medikamente	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Weitere Bemerkungen, wichtige Mitteilungen (im Notfall relevante Massnahmen und Hinweise):

.....

Ort, Datum:

Unterschrift Arzt

Ort, Datum:

**Unterschrift ges.
Vertretung:**

Bitte legen Sie diesem Formular alle Abklärungsuntersuchungen und Begutachtungen der letzten sieben Jahre bei. Falls die Berichte nicht vorhanden sind, bitten wir Sie, uns Angaben zu machen, wo sie erstellt wurden.

.....

Besten Dank! Sie helfen uns damit, ein für Sie möglichst passendes Angebot zu finden. Bitte schicken Sie diesen Gesundheitsfragebogen mit allfälligen Beilagen und zusammen mit dem Anmeldeformular an:
Martin Stiftung, Klientenadministration, Im Bindschädler 10, 8703 Erlenbach

Für das Fachteam der Martin Stiftung
Teuta Shehu, Assistentin Bereichsleitung