

Aufnahmeuntersuchung

am: _____

(Datum)

Aufnahmevermerk: _____

Angaben über frühere Erkrankungen: Keine Angaben: <input type="checkbox"/> Angeblich nicht krank gewesen: <input type="checkbox"/> Angeblich erkrankt gewesen an: <input type="checkbox"/> Hepatitis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Lungentuberkulose: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> HIV: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sonstige Krankheiten: _____		Die Eintragung 'o.B.' bedeutet: Äußerlich kein auffällig krankhafter Befund Zuletzt behandelnder Arzt: Name: _____ Anschrift: _____	
Angaben über den gegenwärtigen Gesundheitszustand: Hepatitis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Lungentuberkulose: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> HIV: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Tabakkonsum: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Drogen: * ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Medikamente: ** ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Allergien: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheiten: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sonstige Krankheiten: _____		Körperlicher Befund: Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____ Allgemeinzustand Ernährungszustand gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> befriedigend <input type="checkbox"/> befriedigend <input type="checkbox"/> reduziert <input type="checkbox"/> reduziert <input type="checkbox"/> übergewichtig <input type="checkbox"/> Anzeichen für Suizidgefährdung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welcher Grund: _____	
		Beurteilung: Bedenken gegen Einzelunterbringung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welcher Grund: _____	
		Arbeitsfähig Sporttauglich voll <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/> Wenn nicht, welcher Grund: _____	
Torax: Herz: _____ Lunge: _____ RR: _____ Puls: _____		Methadonprogramm: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Weitere med. Maßnahmen: Arresttauglich: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn nein, welcher Grund: _____	
Weitere Befunde: _____		_____ (Unterschrift des Arztes)	
		Entlassungsuntersuchung: Gewicht: _____ (kg) Angaben über derzeitige gesundheitliche Beschwerden: Art der Beschwerden: _____	
		Gesundheitszustand: _____	
* wenn ja, welche Drogen _____		Datum (Unterschrift des Arztes)	
** wenn ja, welche Med. _____			

Ergebnis weiterer ärztlicher Untersuchungen umseitig