

# Ärztlicher Fragebogen zur Anmeldung für Altenpflegeheime / Tagespflege der Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH

- südstadtresidenz caroline sammet**  
Rheinstr. 29 | 69126 Heidelberg | Tel. 0 62 21-357 41 00 | Fax 0 62 21-357 41 99 | caroline-sammet@stadtmission-hd.de
- wilhelm-frommel-haus / st. anna**, Tagespflege  
Plöck 45 | 69117 Heidelberg | Tel. 0 62 21-149 6 | Fax 0 62 21-149 776 | wilhelm-frommel@stadtmission-hd.de
- haus philippus**  
Zeppelinstr. 9 | 69121 Heidelberg | Tel. 06221-417 7 | Fax 06221/417 654 | juliane.hoevelmann@stadtmission-hd.de
- haus stephanus**  
Platanenweg 2-4 | 69221 Dossenheim | Tel. 06221-86804 40 | Fax 06221-8680 455 | stephanus@stadtmission-hd.de
- hanna und simeon heim**  
Bergstr. 36 | 69221 Dossenheim | Tel. 06221-86887 0 | Fax 06221-86887 10 | hannaundsimeon@stadtmission-hd.de
- haus stamberg**  
Talstr. 184 | 69198 Schriesheim | 06203-696 0 | Fax 06203-696 366 | stamberg@stadtmission-hd.de
- haus erlbrunner höhe**  
Panoramaweg 12 | 69259 Wilhelmsfeld | Tel. 06220-915433 0 | Fax 06220-915433 30 | erlbrunner-hoehe@stadtmission-hd.de

Anmeldung zur  **Dauerpflege**  **Kurzzeitpflege**  **Tagespflege** (nur St. Anna und Haus Philippus)

1. 

Vor- u. Zuname	Geburtsname
----------------	-------------
2. 

Geburtsdatum
--------------
3. Ist der Patient gehfähig?  ja  teilweise  nein
4. Ist Treppensteigen möglich?  ja  teilweise  nein
5. Ist der Patient bettlägerig?  ja  teilweise  nein
6. Stuhlkontinenz?  ja  teilweise  nein
7. Urinkontinenz?  ja  teilweise  nein
8. Fremder Hilfe bedürftig?
 

<input type="checkbox"/>	Beim Essen	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	Beim Waschen	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	Beim Frisieren /Rasieren	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	Beim Ankleiden	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	Beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	Beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	Beim Lagern zur Nachtruhe	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	Beim _____	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	nein
9. Örtlich orientiert?  ja  nein  nicht immer
10. Zeitlich orientiert?  ja  nein  nicht immer
11. Persönlich orientiert?  ja  nein  nicht immer
12. Situativ orientiert?  ja  nein  nicht immer
13. Nachts ruhig?  ja  nein  nicht immer
14. Weglaufgefährdung?  ja  zeitweise  nein
15. Suchtkrankheit?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

**16.** Diagnosen im physischen und/oder psychischen Bereich:

---



---



---



---



---

**17.** Behinderungen im physischen und/oder psychischen Bereich:

---



---



---

**18.** Vorhandene Hilfsmittel:

---



---



---



Behandlungspflege:  
z.B. Wundversorgung

nein

vorübergehend

dauernd

**20.** Bestehen ansteckenden Krankheiten?  
z.B. MRSA, Tbc, Hepatitis?

ja

nein

---



---

**21.** Hinweise und Bemerkungen des Arztes zur Notwendigkeit der Heimaufnahme:

---



---



---

**22.** Wurden bisher freiheitsbeschränkende Maßnahmen angewendet?

ja

nein

Wenn ja, welche ?

Liegt eine richterliche Genehmigung vor?

ja

nein

**23.** Anmerkungen:

---



---



---

**24.** \_\_\_\_\_  
Ort / Datum / Stempel / Unterschrift des Arztes