

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:

19.  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
