

Bezeichnung des Heimes/Stempel

Eingangsvermerke des Heimes

# Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen (AH 1.2) zur Heimaufnahme einsenden)

Vor- und Zuname				geborene	
Adresse	Straße/PLZ/Ort			Telefon	
Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)	Straße/PLZ/Ort			Telefon	
Geburtsdaten/-ort	Datum	Ort			
Familienstand	Konfession		Staatsangehörigkeit		
Angehörige	a)	Name			
		Straße/PLZ/Ort			
		wie verwandt			Telefon
	b)	Name			
		Straße/PLZ/Ort			
		wie verwandt			Telefon
	c)	Name			
		Straße/PLZ/Ort			
		wie verwandt			Telefon
Betreuer (nach Betreuungsrecht)	Name				
	Straße/PLZ/Ort				
				Telefon	
Wirkungskreis der Betreuung					
Hausarzt	Name				
	Straße/PLZ/Ort				
				Telefon	
Krankenkasse				Pflegestufe	
Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer	Doppelzimmer	Mehrbettzimmer	Termin zur Aufnahme	
Hinweise, Beanstandungen, Ergänzungen					
Kostenträger	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit,  
Unterschrift des Aufzunehmenden



Bezeichnung des Heimes/Stempel

Eingangsvermerke des Heimes

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

Vor- und Zuname		geborene
Geburtsdatum		

Benötigt der/die Patient/in  
Hilfen beim

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der/die Patient/in

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Ist der/die Patient/in bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Inkontinenz vor?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(wenn ja, in welcher Form?)

Stressinkontinenz

Dranginkontinenz

Reflexinkontinenz

Überlaufinkontinenz

extraurethrale Inkontinenz

Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?

Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche?)

Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art?)

Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art?)

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC? (bitte genau bezeichnen);  
Liegt ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor? (ja/nein?)



