

**ALTENHEIM ST. ELISABETH**

Rosental 33  
91792 Ellingen

Telefon: +49 (0) 9141 / 3975

Telefax: +49 (0) 9141 / 81265

E-Mail: [info@altenheim-ellingen.de](mailto:info@altenheim-ellingen.de)

Web: [www.altenheim-ellingen.de](http://www.altenheim-ellingen.de)



**ALTENHEIM  
ST. ELISABETH  
ELLINGEN**

**ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN ZUR HEIMAUFNAHME**

**1. ANGABEN ZUR PERSON**

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Gewicht (in kg) \_\_\_\_\_ Größe (in cm) \_\_\_\_\_

**Kontakt**

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**Bezugsperson**

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Die oben genannte Bezugsperson ist mit der Heimbewohnerin / dem Heimbewohner verwandt oder ihr nahestehend als \_\_\_\_\_

## 2. DIAGNOSEN

1. Diagnose

---

2. Diagnose

---

3. Diagnose

---

4. Diagnose

---

5. Diagnose

---

## 3. IMPFUNGEN

Die letzte Tetanus-Impfung war

---

## 4. VERORDNETE MEDIKAMENTE

MEDIKAMENT	EINNAHME / DOSIERUNG			
	morgens	mittags	abends	nachts
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

## 5. ERMITTLUNG DES HILFSBEDARFS

### Besteht Inkontinenz?

Stuhl ja nein

Urin ja nein

Benötigen Sie Inkontinenzhilfsmittel? ja nein

↳ wenn ja, folgende Inkontinenzhilfsmittel:

---

Wird Inkontinenzversorgung mitgebracht? ja nein

Besteht Desorientierung? ja nein

↳ wenn ja, folgende Desorientierung(en):

zeitlich	örtlich
persönlich	situativ

Besteht Weglauftendenz? ja nein

Besteht nächtliche Unruhe? ja nein

Sind freiheitsentziehende Maßnahmen, einschließlich der Verabreichung von Physiopharmaka, notwendig? ja nein

↳ wenn ja, folgende:

---

Liegt ein richterlicher Beschluss vor? ja nein

Besteht eine ansteckende Krankheit laut Infektionsschutzgesetz (z.B. TBC)? ja nein

↳ wenn ja, folgende:

---

**Bestehen psychische Störungen / Suchterkrankungen?**

ja

nein

↳ wenn ja, folgende:

**Besteht ein Dekubitus? Besteht eine Wunde?**

ja

nein

↳ wenn ja, Lokalisation / Größe / Grad:

**Bestehen Hauterkrankungen?**

ja

nein

↳ wenn ja, folgende:

**Anmerkungen der Ärztin / des Arztes:**

## 6. BEGRÜNDUNG DER HEIMPFLERGEBEDÜRFTIGKEIT

**Die Heimpflegebedürftigkeit besteht, da ...** (bitte mindestens eine Möglichkeit ankreuzen)

eine Pflegeperson fehlt

die Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen fehlt

eine Überforderung der Pflegepersonen droht oder bereits eingetreten ist

die Verwahrlosung droht oder bereits eingetreten ist

eine Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist

die räumlichen Gegebenheiten der Wohnung keine häusliche Pflege ermöglichen

Ort

Datum

Unterschrift