



Einrichtung: _____

Bei Bedarf Rücksendung per Fax/E-Mail möglich an: _____

Name, Vorname _____

Geburtsname _____ Geburtsdatum _____

Pflegegrad _____

Bitte vom Hausarzt ausfüllen lassen und zusammen mit der Heimanmeldung einreichen!

	Nie	Teilweise	Häufig	Immer
Grundpflegerische Versorgung				
Benötigt o.g. Person Hilfe				
- beim Waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim An-/ Auskleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Frisieren/ Rasieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bei der Mundpflege/ Zahnprothesenpflege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Toilettengang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität				
Benötigt o.g. Person Hilfe				
- beim Gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Treppensteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Verlassen des Bettes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Zubettgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Transfer / Bett – Rollstuhl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Positionswechsel (Lagern)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie Hilfsmittel zur Fortbewegung (Rollstuhl/ Rollator)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrung/ Flüssigkeitszufuhr				
Benötigt o.g. Person Hilfe bei der				
- Essenszubereitung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nahrungsaufnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Flüssigkeitsaufnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Einrichtung: _____

Ermittlung des Hilfebedarfs

Ist der/die Patient/in immobil? Ja Nein Gelegentlich

Ist die o.g. Person orientiert? Persönlich Zeitlich Örtlich Situativ

Liegt eine Inkontinenz vor?

Stuhlinkontinenz Ja Nein Teilweise

Harninkontinenz Ja Nein Teilweise

Liegt eine motorische Unruhe vor? Ja Nein Nicht immer

Wenn ja: wie stellt es sich dar?

Liegt eine nächtliche Unruhe vor?

Wenn ja: wie stellt es sich dar?

Liegt ein Auto-/ Fremdaggressives/-gefährdendes Verhalten vor?

Wenn ja: wie stellt es sich dar?

Besteht eine Suizidgefahr? Ja Nein

Besteht eine Hinlauftendenz? Ja Nein

Ist eine geschlossene Unterbringung notwendig? Ja Nein

Diagnosen:



Einrichtung: _____

Liegen psychische Störungen/ Suchterkrankungen vor

(z.B. Depressionen, Psychosen, Halluzinationen, Nikotin-, Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit)

Bestehen ansteckende oder meldepflichtige Krankheiten, gemäß Infektionsschutzgesetz – IfSG (§ 6 meldepflichtige Krankheiten)?

Nein Ja: _____

Bestehen nach Ihrem Kenntnisstand bei Familienmitgliedern meldepflichtige Krankheiten, gemäß Infektionsschutzgesetz?

Nein Ja: _____

Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose? Ja Nein

Impfstatus:

Liegt ein aktueller Impfpass vor? Ja Nein

Besteht ein bedarfsgerechter Impfschutz? Ja Nein

Benötigt der/die Patient/in spezielle Kostformen (Diät/Schonkost)? Ja Nein

Liegen anderweitige Unverträglichkeiten / Allergien vor? Ja Nein

Welche Medikamente sind verordnet? (ggf. Verweis auf Medikamentenplan möglich)



Einrichtung: _____

Hinweise und Bemerkungen des/der Arztes/Ärztin:

Diesem Fragebogen liegt eine persönliche Untersuchung des/der Patienten/in zugrunde.

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin

Raum für Vermerke der Einrichtung:

Hiermit entbinde ich den behandelnde/n Arzt/Ärztin von seiner Schweigepflicht zum Zwecke der Aufnahme in einem Seniorenheim.

Ort / Datum

Unterschrift Bewohner/in / Betreuer/in