

---

**Anmeldung zur Heimaufnahme**

(Bitte alle Fragen vollständig, leserlich und wahrheitsgemäß beantworten!)

Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Hauptwohnung: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

derzeitiger Aufenthalt \_\_\_\_\_

Biografische Angaben

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Angehörige

Wie verwandt? Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Betreuer bzw. Bevollmächtigter

Falls vorhanden, gerichtlich bestellter Betreuer: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Anschrift und Tel.-Nr.

Falls kein Betreuer vorhanden, wurde eine gerichtliche Betreuung angeregt:  ja  nein

Vorsorgevollmacht Bevollmächtigter: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Anschrift und Tel.-Nr.

---

Sozialversicherung und ärztliche Versorgung

Kranken- und Pflegekasse:

\_\_\_\_\_ ,  
Anschrift und Tel. Nr.

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Personalausweis - Nr. \_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis: \_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Name, Praxisanschrift und Tel.-Nr.

Befreiung von der Zuzahlung bei Medikamenten liegt vor:  ja  nein

Unterbringungswünsche

Einzelzimmer  Doppelzimmer  Doppelzimmer mit Option auf ein Einzelzimmer

Gewünschter Einzugstermin: \_\_\_\_\_

Diese Anmeldung ist unverbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der ärztliche Fragebogen ist der Anmeldung beizufügen bzw. baldmöglichst nachzureichen.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Aufnahmebewerbers  
bzw. seines Vertreters

**Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur vollstationären Pflege**

Name, Vorname:					Geburtsdatum:				
Benötigt der Patient Hilfen beim:									
	nein	gelegentlich	häufig	ständig		nein	gelegentlich	häufig	ständig
Gehen					Frisieren/ Rasieren				
Treppen steigen					Aufstehen aus d. Bett)				
Essen					zu Bett gehen				
Waschen					Benutzen der Toilette				
Ankleiden									

**Ist der Patient:**

	nein	gelegentlich	häufig	ständig
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"/>

Treten nachts  
Unruhezustände auf?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist der Patient bettlägerig?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Liegt Inkontinenz vor?**

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:**

<input type="checkbox"/> Stressinkontinenz	<input type="checkbox"/> Reflexinkontinenz
<input type="checkbox"/> Überlaufinkontinenz	<input type="checkbox"/> extraurethrale Inkontinenz
<input type="checkbox"/> Dranginkontinenz	

Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?

Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche)?

Bestehen körperliche Behinderungen (wenn ja, welcher Art)?

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

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC.MRSA (bitte genau bezeichnen)?

Diagnosen:

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Ist Diät/Schonkost erforderlich (Wenn ja, welcher Art)?

Sonstige Hinweise und Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**Ärztliches Zeugnis gemäß § 1 InfektionsschutzG**  
**- zur Vorlage beim Heimträger -**

Hiermit wird bescheinigt, dass bei:

Herrn/ Frau : \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

keine ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane oder  
anderer Krankheiten gemäß § 6 Infektionsschutzgesetz vorliegt.

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Behandelnder Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Letzter Zahnarztbesuch: \_\_\_\_\_

Oberkiefer: Festsitzend: ja / nein                      Herausnehmbar: ja / nein

Unterkiefer: Festsitzend: ja / nein                      Herausnehmbar: ja / nein

Munderkrankungen: (vom Zahnarzt auszufüllen)  
\_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Zahnschema:

<b>R</b>	<b>Oberkiefer</b>	<b>L</b>
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8