

Evangelische Stadtmission Freiburg e.V.  
Seniorenpflegeheim  
Dietrich-Bonhoeffer-Haus  
Herbert-Hellmann-Allee 30  
79189 Bad Krozingen  
Tel: 07633-933340  
Fax: 07633-93334122

Pflegegrad:

- 1   
2   
3   
4   
5

bzw. beantragt am:

## Ärztlicher Fragebogen

für die Anmeldung zur Aufnahme

1. Name, Vorname Geburtsdatum
- \_\_\_\_\_
2. Hauptdiagnose/n:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Werden regelmäßig Medikamente genommen? Nein  Ja  , **bitte unbedingt Medikationsplan beifügen.**
- Liegt eine psychische Störung/  
Erkrankung vor? nein  ja  wenn ja welche? \_\_\_\_\_
- Besteht eine Abhängigkeit? nein  ja  , und zwar: Alkohol  Nikotin   
Sonstiges \_\_\_\_\_
- Bestehen ansteckende Krankheiten? nein  ja  wenn ja welche? \_\_\_\_\_
- Sind Allergien bekannt? nein  ja  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Liegt eine Diabetes vor? nein  ja  Insulinpflichtig? nein  ja
3. Liegen körperliche Behinderungen vor? nein  ja  wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_
- Werden Hilfsmittel benötigt? nein  ja  wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_
4. Ist der/die Patient/in schwerhörig? nein  leicht  schwer
5. Ist der/die Patient/in sehbehindert? nein  leicht  schwer
6. Liegt eine Sprachstörung vor? nein  leicht  schwer

7. Liegen Einschränkungen des Orientierungsvermögens vor?
- |                            | vorhanden                   | fehlt zeitweise               | fehlt dauernd                      |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| zeitliche Orientierung     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>           |
| örtliche Orientierung      | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>           |
| situative Orientierung     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>           |
| Orientierung in der Person | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>           |
| Weglaufgefährdung          | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | zeitweise <input type="checkbox"/> |
8. Treten nachts Unruhezustände auf?    nein     zeitweise     dauernd
9. Ist der/die Patient/in bettlägerig?    nein     zeitweise     dauernd
10. a) Liegt eine Harninkontinenz vor?    nein     zeitweise     dauernd
- b) Liegt eine Stuhlinkontinenz vor?    nein     zeitweise     dauernd
- c) Hat der/die Patient/in einen Dauerkatheter?    nein     ja
- d) Ist der/die Patient/in Stomaträger/in?    nein     ja
11. Ist der/die Patient/in auf Hilfe angewiesen?
- |                         |                               |                                    |                                  |
|-------------------------|-------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Gehen                   | nein <input type="checkbox"/> | zeitweise <input type="checkbox"/> | dauernd <input type="checkbox"/> |
| Stehen                  | nein <input type="checkbox"/> | zeitweise <input type="checkbox"/> | dauernd <input type="checkbox"/> |
| Treppensteigen          | nein <input type="checkbox"/> | zeitweise <input type="checkbox"/> | dauernd <input type="checkbox"/> |
| Essen                   | nein <input type="checkbox"/> | zeitweise <input type="checkbox"/> | dauernd <input type="checkbox"/> |
| Aufstehen/zu Bett gehen | nein <input type="checkbox"/> | zeitweise <input type="checkbox"/> | dauernd <input type="checkbox"/> |
| Anziehen/Ausziehen      | nein <input type="checkbox"/> | zeitweise <input type="checkbox"/> | dauernd <input type="checkbox"/> |
| Waschen                 | nein <input type="checkbox"/> | zeitweise <input type="checkbox"/> | dauernd <input type="checkbox"/> |
| Benutzen der Toilette   | nein <input type="checkbox"/> | zeitweise <input type="checkbox"/> | dauernd <input type="checkbox"/> |

12. Ernährung
- Ist Schonkost, bzw. Diät erforderlich?    nein     ja     welcher Art? \_\_\_\_\_
- 
- Hat der/die Patient/in eine Magensonde?    nein     ja

Die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung ist mit dem/der Patienten/in besprochen.

Der/die Patient/in ist einverstanden  nicht einverstanden  Verständigung nicht möglich

Die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung ist aus ärztlicher Sicht erforderlich    ja     nein

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des Arztes)

Erklärung des/der Patienten/in:

Ich erkläre mich mit der Weitergabe der ärztlichen Angaben an das Seniorenbüro bzw. die von mir gewünschten Einrichtungen einverstanden. Ich bin ebenfalls einverstanden, dass die Angaben zum Zwecke der Aufnahme gespeichert und weiter verarbeitet werden.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_