altenhilfe
evang. stadtmission HD

Ärztlicher Fragebogen zur Anmeldung für Altenpflegeheime / Tagespflege der Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH

☐ **südstadtresidenz caroline sammet**
Rheinstr. 29 | 69126 Heidelberg | Tel. 0 62 21-357 41 00 | Fax 0 62 21-357 41 99 | caroline-sammet@stadtmission-hd.de

☐ **wilhelm-frommel-haus / st. anna,** Tagespflege
Plöck 45 | 69117 Heidelberg | Tel. 0 62 21-149 6 | Fax 0 62 21-149 776 | wilhelm-frommel@stadtmission-hd.de

☐ **haus philippus**
Zeppelinstr. 9 | 69121 Heidelberg | Tel. 06221-417 7 | Fax 06221/417 654 | juliane.hoevelmann@stadtmission-hd.de

☐ **haus stephanus**
Platanenweg 2-4 | 69221 Dossenheim | Tel. 06221-86804 40 | Fax 06221-8680 455 | stephanus@stadtmission-hd.de

☐ **hanna und simeon heim**
Bergstr. 36 | 69221 Dossenheim | Tel. 06221-86887 0 | Fax 06221-86887 10 | hannaundsimeon@stadtmission-hd.de

☐ **haus stammberg**
Talstr. 184 | 69198 Schriesheim | 06203-696 0 | Fax 06203-696 366 | stammberg@stadtmission-hd.de

☐ **haus erlbrunner höhe**
Panoramaweg 12 | 69259 Wilhelmsfeld | Tel. 06220-915433 0 | Fax 06220-915433 30 | erlbrunner-hoehe@stadtmission-hd.de

Anmeldung zur ☐ **Dauerpflege** ☐ **Kurzzeitpflege** ☐ **Tagespflege** (nur St. Anna und Haus Philippus)

---

1. _____
Vor- u. Zuname Geburtsname

2. _____
Geburtsdatum

3.	Ist der Patient gehfähig?	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
4.	Ist Treppensteigen möglich?	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
5.	Ist der Patient bettlägerig?	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
6.	Stuhlkontinenz?	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
7.	Urinkontinenz?	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
8.	Fremder Hilfe bedürftig?			
____	Beim Essen	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
____	Beim Waschen	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
____	Beim Frisieren /Rasieren	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
____	Beim Ankleiden	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
____	Beim Aufstehen aus dem Bett	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
____	Beim Benutzen der Toilette	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
____	Beim Lagern zur Nachtruhe	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
____	Beim _____	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
9.	Örtlich orientiert?	☐ ja	☐ nein	☐ nicht immer
10.	Zeitlich orientiert?	☐ ja	☐ nein	☐ nicht immer
11.	Persönlich orientiert?	☐ ja	☐ nein	☐ nicht immer
12.	Situativ orientiert?	☐ ja	☐ nein	☐ nicht immer
13.	Nachts ruhig?	☐ ja	☐ nein	☐ nicht immer
14.	Weglaufgefährdung ?	☐ ja	☐ zeitweise	☐ nein
15.	Suchtkrankheit?	☐ nein	☐ ja, welche? _____	

Stand 04.12.2023

16. Diagnosen im physischen und/oder psychischen Bereich:

17. Behinderungen im physischen und/oder psychischen Bereich:

18. Vorhandene Hilfsmittel:

19. Behandlungspflege: ☐ nein ☐ vorübergehend ☐ dauernd
z.B. Wundversorgung

20. Bestehen ansteckenden Krankheiten? ☐ ja ☐ nein
z.B. MRSA, Tbc, Hepatitis?

21. Hinweise und Bemerkungen des Arztes zur Notwendigkeit der Heimaufnahme:

22. Wurden bisher freiheitsbeschränkende Maßnahmen angewendet? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche ?
Liegt eine richterliche Genehmigung vor? ☐ ja ☐ nein

23. Anmerkungen:

24. Ort / Datum / Stempel / Unterschrift des Arztes

Altenhilfe
der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH
HRB 337664 Amtsgericht Mannheim, USt.-IdNr.: DE 246418477, Geschäftsführerin: Heidi Farrenkopf