

st. anna / wilhelm-frommel-haus

Plöck 6 + 45 | 69117 Heidelberg | Tel. 0 62 21-149 6 | Fax 0 62 21-149 777 | st.anna-frommel@stadtmission-hd.de

haus philippus

Zeppelinstr. 9 | 69121 Heidelberg | Tel. 06221-417 7 | Fax 06221/417 654 | juliane.hoevelmann@stadtmission-hd.de + angelika.lessele@stadtmission-hd.de

haus stephanus

Platanenweg 2-4 | 69221 Dossenheim | Tel. 06221-86804 40 | Fax 06221-8680 455 | detlef.bodamer@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 66 | 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 nicht immer

15. Suchtkrankheit? nein ja, welche?

16. Diagnosen im physischen und/oder psychischen Bereich:

17. Behinderungen im physischen und/oder psychischen Bereich:

18. Vorhandene Hilfsmittel:

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

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

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