



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
<b>Grundpflegerische Versorgung</b>				
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"/>
<b>Mobilität</b>				
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"/>
<b>Nahrung/ Flüssigkeitszufuhr</b>				
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