

**Evangelische Stadtmission  
Freiburg e.V.  
Seniorenpflegeheim Haus Siloah  
Wichernweg 2  
79189 Bad Krozingen  
Tel: 07633-10060  
Fax: 07633-100622**

Pflegegrade:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Einstufung beantragt am: \_\_\_\_\_

## Ärztlicher Fragebogen

für die Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Name, Vorname

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Hauptdiagnose:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Liegt eine psychische Störung/  
Erkrankung vor?

nein  ja  wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Suchtkrankheit?

Alkohol  Nikotin (Raucher)   
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"/>		
8.	Treten nachts Unruhezustände auf?	nein <input type="checkbox"/>		zeitweise <input type="checkbox"/>		dauernd <input type="checkbox"/>
9.	Ist der/die Patient/in bettlägerig?	nein <input type="checkbox"/>		zeitweise <input type="checkbox"/>		dauernd <input type="checkbox"/>
10.	a) Liegt eine Harninkontinenz vor?	nein <input type="checkbox"/>		zeitweise <input type="checkbox"/>		dauernd <input type="checkbox"/>
	b) Liegt eine Stuhlinkontinenz vor?	nein <input type="checkbox"/>		zeitweise <input type="checkbox"/>		dauernd <input type="checkbox"/>
	c) Hat der/die Patient/in einen Dauerkatheter?		nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>	
	d) Ist der/die Patient/in Stomaträger/in?		nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>	
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 ein Heim ist mit dem/der Patienten/in besprochen.

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

Sind freiheitseinschränkende / freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich? ja  nein

Ist die Unterbringung in einem beschützenden Wohnbereich erforderlich? ja  nein

Die Aufnahme in ein Pflegeheim 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 die von mir gewünschten Heime einverstanden.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_