



Sankt Elisabeth

Katholisches Altenpflegeheim Breitenworbis

Vollstationäre Pflege
mit Schwerpunkt Demenz

Katholisches Altenpflegeheim „St. Elisabeth“
Stationsweg 2 • 37339 Breitenworbis

Stationsweg 2
37339 Breitenworbis
Tel.: 036074 - 2027-0
Fax: 036074 - 2027-222
Mail: info@altenpflegeheim-breitenworbis.de
www.altenpflegeheim-breitenworbis.de

Tel. 036074/95-260 - Heimleitung
Fax 036074/95-243

Tel. 036074/2027-1800 - Pflegedienstleitung St. Elisabeth
Fax 036074/2027-222

Ärztlicher Fragebogen für die Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte alle Fragen vollständig beantworten bzw. ausfüllen)

1. Vor- und Familienname: _____

2. Geburtsdatum: _____

3. Anschrift: _____

4. gehfähig: ja nein zeitweise

5. bettlägerig? ja nein zeitweise

6. Besteht Stuhlinkontinenz? ja nein zeitweise

Träger: Stiftung
„St. Elisabeth“ zu Worbis
Friedensplatz 7
37339 Worbis

Heimleiter und
Geschäftsführer:
Tobias Helbing

Bank: Pax-Bank Erfurt
IBAN: DE26 3706 0193 5000 8000 50
BIC: GENODED1PAX

IK-Nr.
511608391



7. Besteht Urininkontinenz? ja nein zeitweise

8. Besteht örtliche Orientierung? ja nein zeitweise

9. Besteht zeitliche Orientierung? ja nein zeitweise

10. Personenbezogene Orientierung? ja nein zeitweise

11. Nachts ruhig? ja nein zeitweise

12. Besteht Suizidgefahr? ja nein zeitweise

13. Bestehen Suchtkrankheiten? ja nein

14. Ist Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)?

ja nein welche? _____

15. Bestehen körperliche Behinderungen ?

nein ja welche? _____

16. Wird Hilfe benötigt beim:

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Aufstehen aus dem Bett? | <input type="checkbox"/> | Einnehmen von Arznei? | <input type="checkbox"/> |
| An- und Auskleiden? | <input type="checkbox"/> | Ordnen der persönlichen Dinge? | <input type="checkbox"/> |
| Waschen? | <input type="checkbox"/> | Bettmachen? | <input type="checkbox"/> |
| Baden? | <input type="checkbox"/> | Gehen? | <input type="checkbox"/> |
| Frisieren/Rasieren? | <input type="checkbox"/> | Treppensteigen? | <input type="checkbox"/> |
| Benutzen der Toilette? | <input type="checkbox"/> | Anlegen von Körperersatzstücken? | <input type="checkbox"/> |
| Lagern zur Nachtruhe? | <input type="checkbox"/> | Gebrauch v. orthopäd. Hilfsmitteln? | <input type="checkbox"/> |
| Essen | <input type="checkbox"/> | Trinken? | <input type="checkbox"/> |

17. Diagnosen : _____

18. Welche Kostformen, Diäten sind erforderlich? _____

19. Welche Behandlungspflege ist erforderlich? _____

20. Welche Arzneimittel werden regelmäßig eingenommen?

Bitte möglichst aktuellen Verordnungsplan beifügen bzw. faxen!

_____, den _____

Stempel u. Unterschrift d. Arztes