



Sankt Josef

Katholisches Altenpflegeheim Breitenworbis

Vollstationäre Pflege  
Kurzzeitpflege  
Tagespflege

Katholisches Altenpflegeheim „St. Josef“  
Straße der Demokratie 20 • 37339 Breitenworbis

Straße der Demokratie 20  
37339 Breitenworbis  
Tel.: 036074 - 950  
Fax: 036074 - 95243  
Mail: [info@altenpflegeheim-breitenworbis.de](mailto:info@altenpflegeheim-breitenworbis.de)  
[www.altenpflegeheim-breitenworbis.de](http://www.altenpflegeheim-breitenworbis.de)

**Tel. 036074/95260 - Heimleitung**  
**Fax 036074/95243**

## 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

7. Besteht Urininkontinenz?

ja

nein

zeitweise

8. Besteht örtliche Orientierung?

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 25  
BIC: GENODED1PAX

IK-Nr.  
511603261



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?  Einnehmen von Arznei?

An- und Auskleiden?  Ordnen der persönlichen Dinge?

Waschen?  Bettmachen?

Baden?  Gehen?

Frisieren/Rasieren?  Treppensteigen?

Benutzen der Toilette?  Anlegen von Körperersatzstücken?

Lagern zur Nachtruhe?  Gebrauch v. orthopäd. Hilfsmitteln?

Essen  Trinken?

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**