



St. 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
Fax 036074/95-243

- Heimleitung

Tel. 036074/2027-1800
Fax 036074/2027-222

- Pflegedienstleitung St. Elisabeth

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 50
BIC: GENODED1PAX

IK-Nr.
511608391



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 (z.B. Keime, Tbc)?

ja nein welche? _____

a) Liegt ein negativer Covid 19 Abstrich vor? ja nein

b) Hat sich der Patient innerhalb der letzten 14 Tage bzw. seit seiner Krankenhausversorgung in einem Risikogebiet aufgehalten? ja nein

c) Wenn Krankenhausbehandlung, Datum Krankenhausaufnahme:

d) Hatte der Patient während der letzten 48 Stunden Krankheitssymptome, welche auf eine Erkrankung mit Covid 19 hindeuten? ja nein

e) Gehört die Person einer Hochrisikogruppe an? ja nein

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