



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  
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 (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:**

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