

# Anmeldung

für einen ☐ Pflegeheimplatz ☐ Kurzzeitpflegeplatz  
im Pflegeheim St. Anna-Stift GmbH

Bitte ausfüllen und zusammen mit dem ausgefüllten  
ärztlichen Fragebogen einreichen. Danke!

**Vor- und Zuname** .....

Straße, PLZ, Ort ..... Telefon .....

Geburtsdatum ..... Geburtsname ..... Geburtsort .....

Familienstand ..... Konfession ..... Nationalität .....

**Hausärztin oder -arzt (Name, Telefon)** .....

**Bei Klinikaufenthalt:** Name der Klinik .....

Name, Telefon des Sozialdienstes .....

**Krankenversicherung/Beihilfestelle** .....

**Rechtliche Betreuung** ☐ beantragt ☐ vorhanden ☐ Vollmacht vorhanden

---

**Angehörige/Bezugspersonen/Rechtliche Betreuerin oder rechtlicher Betreuer**

**Vor- und Zuname** .....

Straße, PLZ, Ort .....

Verwandtschaftsverhältnis ..... Tagsüber wo erreichbar? .....

Telefon privat ..... Telefon dienstlich .....

Handy ..... E-Mail-Adresse .....

**Vor- und Zuname** .....

Straße, PLZ, Ort .....

Verwandtschaftsverhältnis ..... Tagsüber wo erreichbar? .....

Telefon privat ..... Telefon dienstlich .....

Handy ..... E-Mail-Adresse .....

---

**Zimmerwunsch** ☐ EZ ☐ EZ mit WC/Dusche ☐ DZ mit WC/Dusche

**Selbstzahler** ☐ Eigenes Einkommen oder Vermögen ☐ Sozialhilfe

**Pflegeeinstufung** ..... Einstufung beantragt am .....

Einstufung ist erfolgt in Pflegestufe ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 Höherstufung beantragt am .....

**Angestrebtes Aufnahmedatum im Pflegeheim/Entlassdatum aus der Klinik:** .....

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum ..... Unterschrift .....

Die Anmeldung erfolgte durch (Vor- und Zuname) .....

# Ärztlicher Fragebogen

für die Anmeldung zur ☐ Pflegeheimaufnahme ☐ Kurzzeitpflege  
im Pflegeheim St. Anna-Stift GmbH

Bitte von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt ausfüllen lassen  
und zusammen mit dem Anmeldebogen einreichen. Danke!

Vor- und Zuname ..... Geburtsdatum .....

Hauptdiagnosen .....

## Weitere Diagnosen und Symptome:

Psychische Erkrankung ☐ nein ☐ ja, welche .....

Ansteckende Krankheit ☐ nein ☐ ja, welche .....

Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose ☐ nein ☐ ja

MRSA ☐ nein ☐ ja

Allergie ☐ nein ☐ ja, welche .....

Hörbehinderung ☐ nein ☐ leichte ☐ schwere

Sprachstörung ☐ nein ☐ leichte ☐ schwere

Dekubitus ☐ nein ☐ ja, wo .....

Sehbehinderung ☐ nein ☐ leichte ☐ schwere

Schluckstörung ☐ nein ☐ leichte ☐ schwere

Kontrakturen ☐ nein ☐ ja, wo .....

Körpergewicht ..... Körpergröße .....

## Täglicher Hilfebedarf

in Form der Beaufsichtigung oder Anleitung (B/A), Unterstützung (U), teilweisen Übernahme (TÜ) oder vollständigen Übernahme (VÜ):

### Hilfe bei der Körperpflege

#### erforderlich:

|            | nein                     | B/A                      | U                        | TÜ                       | VÜ                       |                       | nein                     | zeitweise                | dauernd                  |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Waschen    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duschen    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Harninkontinenz       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Baden      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stuhlinkontinenz      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       | nein                     | ja                       |                          |
| Kämmen     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Katheterpflege        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Rasieren   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stomapflege           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

### Hilfe bei der Ernährung

|                      | nein                     | B/A                      | U                        | TÜ                       | VÜ                       |                                                                                |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Mundgerechte         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonde <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? ..... |
| Nahrungszubereitung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist eine besondere Ernährung erforderlich                                      |
| Aufnahme der Nahrung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? .....       |

### Hilfe bei der Mobilität

|                        | nein                     | B/A                      | U                        | TÜ                       | VÜ                       |                                                                                      |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Aufstehen, Zubettgehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Liegt Bettlägerigkeit vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Ankleiden, Auskleiden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Werden Pflegehilfsmittel benötigt?                                                   |
| Umlagern               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? .....             |
| Gehen                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bereits vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          |
| Stehen                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bereits verordnet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          |
| Treppensteigen         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                      |
| Verlassen des Hauses   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                      |

### Orientierung

|               | vorhanden                | fehlt teilweise          | fehlt dauernd            |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zeitlich      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| örtlich       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| in der Person | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Ruhe/Schlaf

|                | nein                     | zeitweise                | dauernd                  |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| nachts unruhig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| tags unruhig   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Weglauftendenz

☐ nein ☐ ja

Liegt Rehabilitationsfähigkeit vor? ☐ ja ☐ nein ☐ noch unklar

Besonderheiten .....

Die Aufnahme in ein Heim/eine Kurzzeitpflegeeinrichtung ist mit der Patientin bzw. dem Patienten besprochen.

Sie bzw. er ist

☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden ☐ Verständigung nicht möglich

☐ Die Aufnahme in ein Heim/eine Kurzzeitpflegeeinrichtung wird aus ärztlicher Sicht befürwortet.

Datum ..... Unterschrift der Ärztin oder des Arztes .....