



Eingangsvermerk:
<span>Zimmer:</span> <span>Einzugstermin:</span>

## Anmeldung zur Heimaufnahme

<b>Zuname:</b>	<b>Vorname:</b>	ev. <input type="checkbox"/> rk. <input type="checkbox"/>
Hauptwohnsitz:	Tel.:	
Derzeitiger Aufenthalt: (z.B. Krankenhaus)		
Geboren am:	in:	Staatsangehörigkeit:
Familienstand:	Geburtsname:	Beruf:
Sonstiges:		
<b>Bezugspersonen</b> ↓ z.B. 1. Tochter / 2. Sohn / usw.		
1.	Name:	Tel.:
Adresse:		
2.	Name:	Tel.:
Adresse:		
3.	Name:	Tel.:
Adresse:		
<b>Betreuer/Bevollmächtigter:</b>		Tel.:
Adresse:		
<b>Hausarzt:</b>		Tel.:
Adresse:		
<b>Krankenkasse:</b>		Mitgl.-Nr.:
<b>Rententräger:</b> <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung    Sonstige:		
<b>Einkommensart:</b>	zahlende Stelle:	Betrag:
<b>Einkommensart:</b>	zahlende Stelle:	Betrag:
<b>Einkommensart:</b>	zahlende Stelle:	Betrag:
<b>Kostenträger:</b>	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Sozialamt in:	
<b>Gewünschte Unterbringung in:</b> <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Vollstationär <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege		
<input type="checkbox"/> Heimnotwendigkeit liegt vor <input type="checkbox"/> Ärztlicher Fragebogen liegt vor    Pflegegrad: 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		
<b>Terminwunsch:</b> (z.B. vorsorglich / sofort)		
<b>Grund der Heimaufnahme:</b>		

Ich benachrichtige die Einrichtung, wenn für die Anmeldung kein Bedarf mehr besteht.

Unterschrift des Antragstellers: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Aufzunehmenden: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Ärztlicher Fragebogen** zur Anmeldung im Waldthausen Stift  
Waldthausen Stift Hohlweg 2, 45147 Essen, Tel.: 0201 8747 0, Fax.: 0201 8747 333

1. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

2. Geburtstag: \_\_\_\_\_

3. Ist Pat. gehfähig?                     ja                     nein

4. Treppensteigen möglich?             ja                     nein

5. Ist Pat. Häufig bettlägerig?         ja                     nein

6. Ständig bettlägerig?                 ja                     nein

7. Beherrschung des Stuhlabgangs?    ja                     nein

8. Beherrschung des Urinabgangs?     ja                     nein

9. Fremder Hilfe bedürftig?             beim Essen     beim Waschen  
    beim An-         beim Frisieren/  
   kleiden            Rasieren  
    beim Auf-         beim Lagern zur  
   stehen aus        Nachtruhe  
   dem Bett  
    beim Be-         bei \_\_\_\_\_  
   nutzen der  
   Toilette

10. Örtlich orientiert?                 ja             nein     nicht immer

11. Zeitlich orientiert?                 ja             nein     nicht immer

12. Nachts ruhig?                         ja             nein     nicht immer

13. Gemütsstimmung?                     willig     freundlich     verdrießlich

14. Gefährliche Eigenschaften?         nein     ja, welche?

15. Suchtkrankheiten?                     nein     ja, welche?

16. Körperliche Behinderung(en)? - Art - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Geistig-seelische Behinderung oder Störung - Art - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. Diagnose \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19. Ist Pat. Frei von ansteckenden Krankheiten ? \_\_\_\_\_

20. Ist Pat. Frei von TBC ?                 ja                     nein

\_\_\_\_\_

21. Hinweise und Bemerkungen des Arztes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes