

**Evangelische Stadtmission Freiburg e.V.**  
**Seniorenpflegeheim Bötzingen**  
**Kindergartenstrasse 1**  
**79268 Bötzingen**  
**Tel: 07663/914978-0**  
**Fax: 07663/914978-24**

Pflegestufe:

0  (Antrag abgelehnt)

1

2

3

Einstufung beantragt am:

## Ärztliches Zeugnis

für die Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Name, Vorname

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Hauptdiagnose:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Liegt eine psychische Störung/  
Erkrankung vor?

nein  ja  wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Suchtkrankheit?

Alkohol  Nikotin

Sonstiges \_\_\_\_\_

Bestehen ansteckende Krankheiten?

nein  ja  wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Sind Allergien bekannt?

nein  ja  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Liegt eine Diabetes vor?

nein  ja  Insulinpflichtig? nein  ja

3. Liegen körperliche Behinderungen vor?

nein  ja  wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

Werden Hilfsmittel benötigt?

nein  ja  wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

4. Ist der/die Patient/in schwerhörig?

nein  leicht  schwer

5. Ist der/die Patient/in sehbehindert?

nein  leicht  schwer

7.	Liegen Einschränkungen des Orientierungsvermögens vor?	vorhanden	fehlt zeitweise	fehlt dauernd	
	zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	situative Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Orientierung in der Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Weglaufgefährdung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	
8.	Treten nachts Unruhezustände auf?	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>	
9.	Ist der/die Patient/in bettlägerig?	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>	
10.	a) Liegt eine Harninkontinenz vor?	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>	
	b) Liegt eine Stuhlinkontinenz vor?	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>	
	c) Hat der/die Patient/in einen Dauerkatheter?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>		
	d) Ist der/die Patient/in Stomaträger/in?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>		
11.	Ist der/die Patient/in auf Hilfe angewiesen?				
	Gehen	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>	
	Stehen	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>	
	Treppensteigen	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>	
	Essen	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>	
	Aufstehen/zu Bett gehen	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>	
	Anziehen/Ausziehen	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>	
	Waschen	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>	
	Benutzen der Toilette	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>	
12.	Ernährung				
	Ist Schonkost, bzw. Diät erforderlich?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	welcher Art? _____	
	Hat der/die Patient/in eine Magensonde?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>		

Die Aufnahme in ein Heim ist mit dem/der Patienten/in besprochen.

Der/die Patient/in ist einverstanden  nicht einverstanden  Verständigung nicht möglich

Die Aufnahme in ein Pflegeheim ist aus ärztlicher Sicht erforderlich ja  nein

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des Arztes)

Erklärung des/der Patienten/in:

Ich erkläre mich mit der Weitergabe der ärztlichen Angaben an das Seniorenbüro bzw. die von mir gewünschten Heime einverstanden.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_