

# ÄRZTLICHER BERICHT



**Haus Friederike**  
Wohnen und Pflege

anlässlich der Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten. Zutreffendes ankreuzen.

Stettiner Straße 8  
71254 Ditzingen  
Telefon (0 71 56) 9 37 11-0  
Telefax (0 71 56) 9 37 11-20  
e-mail haus-friederike@ph-v.de

**Träger**  
Philadelphia-Verein e.V.  
Hirschlander Str. 14  
71254 Ditzingen  
Telefon (0 71 56) 17938-10  
Telefax (0 71 56) 17938-11  
e-mail info@ph-v.de

**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Fam.-Stand \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Größe / Gewicht \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Körperliche Behinderung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geistig-seelische Behinderung oder Störung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Frühere ansteckende Krankheiten, z.B. TBC, Thyphus, wann \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unfälle während der letzten 5 Jahre \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ist der Patient gehfähig?  ja  nein

Treppensteigen möglich?  ja  nein

Ist Patient häufig bettlägerig?  ja  nein

Ständig bettlägerig?  ja  nein

Beherrschung des Stuhlabgangs?  ja  nein

Beherrschung des Urinabgangs?  ja  nein

Fremder Hilfe bedürftig?  beim Essen

beim Waschen

beim Ankleiden

beim Frisieren/Rasieren

beim Aufstehen aus dem Bett

beim Lagern zur Nachtruhe

beim Benutzen der Toilette

bei



- ausschließliche Sondenernährung?  ja  nein
- Örtlich orientiert?  ja  nein  nicht immer
- Zeitlich orientiert?  ja  nein  nicht immer
- Gemütsstimmung?  willig  freundlich  verdrießlich  depressiv
- Gefährliche Eigenschaften?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_
- Suchtkrankheiten?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_
- Treten Anfälle auf?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_
- Nachts ruhig?  ja  nein  nicht immer
- Geistiger Zustand?  normal  desorientiert  tags  nachts
- unruhig  Sinnestäuschungen / Wahnideen
- Weglaufgefährdung?  ja  nein  nicht immer
- Charakterliche Schwierigkeiten:
- 

Ist das Zusammenleben mit geistig Gesunden möglich?  ja  nein

Wenn **keine** Pflegebedürftigkeit vorliegt und Aufnahme im **Altenheim/Altenwohnheim** beantragt wird, bitte Nachfolgendes ankreuzen:

### Grund für die Heimaufnahme

- Unvermögen, die zur Fortführung eines eigenen Haushalts notwendigen Verrichtungen auszuführen
- Einkaufen
  - Hausarbeit
- Gefährdung der häuslichen Selbstversorgung
- Mahlzeiten zubereiten
  - notwendige Körperpflege
  - Hilflosigkeit bei Krankheit
  - Umgang mit Strom, Wasser, Gas

Sonstiges:

---

---

---

---

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

(Arztstempel, Anschrift, Telefon)

---

Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes