



## Ärztlicher Bearbeitungsbogen

### Feststellung zur Ermittlung des Pflege- und Betreuungsbedarfes

für Herrn/Frau \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Bitte nur in Druckschrift o. mit Schreibmaschine ausfüllen**

#### I. Diagnose zum Zeitpunkt der Begutachtung:

Schilderung der derzeit wichtigsten Krankheitserscheinungen, insbesondere der vorliegenden Funktionsstörungen:

---



---

<b>Zeitliche Orientierung</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	nicht immer <input type="checkbox"/>
<b>Örtliche Orientierung</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	nicht immer <input type="checkbox"/>
<b>Weglauftendenz</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<b>Gemütsstimmung</b> <input type="checkbox"/> freundlich
			<input type="checkbox"/> depressiv
			<input type="checkbox"/> aggressiv

nachts ruhig: ja  nein

<b>Hörvermögen</b>	taub <input type="checkbox"/>	fast taub <input type="checkbox"/>	<b>Sehvermögen</b> <input type="checkbox"/>	blind
<b>Sprachvermögen</b>	massiv gestört	<input type="checkbox"/>	Sehkraft: % _____ li _____ re	
<b>Sprachverständnis</b>	massiv gestört	<input type="checkbox"/>	gestört <input type="checkbox"/>	
			gestört <input type="checkbox"/>	

<b>Stütz- und Bewegungsorgane</b>	funktionsfähig	Funktionsbeeinträchtigung durch			
	teilweise	nicht	Amputation	Versteifung	Lähmung
obere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
untere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

#### II. Pflegebedarf, Hilfen erforderlich bei

	selbständig	gelegentlich	häufig	ständig
--	-------------	--------------	--------	---------

##### Mobilität

- Gehen/Stehen/Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hilfestellung bei der Benutzung eines Rollstuhls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### Ernährung/Kostform \_\_\_\_\_

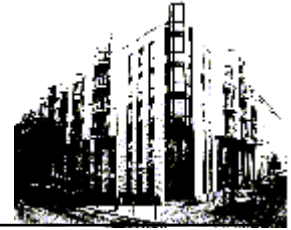
- Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mundgerechte Vorbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### Hygiene/Grundpflege

- An/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Waschen/Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mund/Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# SENIOREN-RESIDENZ "bona fide" GmbH



SENIOREN-RESIDENZ "bona-fide" GmbH  
Steinkaulstr. 54, 52070 Aachen

Telefon: (0 241) 9424-0  
Telefax: (0 241) 4 46 55 30

## Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

Gewünschte Wohnform     Einzelzimmer     Doppelzimmer

Aufnahmeperspektive     dringend     vorsorglich

### Persönliche Daten

---

**Vor- und Zuname, geborene**

**Geburtsdatum, Ort**

---

**Adresse**

**Telefon**

---

**Derzeitiger Aufenthalt**

---

**Familienstand**

**Konfession**

**Staatsangehörigkeit**

---

**Krankenkasse**

**Versichertennummer**

---

**Pflegestufe**

**Einstufung/Höherstufung beantragt**

*Angehörige/Bezugspersonen*

---

**Name, Vorname**

**wie verwandt/welcher Bezug**

---

**Adresse**

**Telefon/Fax**

---

**Name, Vorname**

**wie verwandt/welcher Bezug**

---

**Adresse**

**Telefon/Fax**

*BetreuerIn, nach Betreuungsgesetz/Bevollmächtigte*

---

**Name, Vorname**

**Telefon/Fax**

---

**Adresse**

---

**Wirkungskreis**

*Hausarzt*

---

**Name , Vorname**

**Telefon/Fax**

---

**Adresse**

*Kostenträger*

**Wurde Unterstützung durch Sozialhilfe bezogen oder beantragt?** \_\_\_\_\_

**Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?** \_\_\_\_\_

**Wurde Pflegegeld bezogen oder beantragt?** \_\_\_\_\_

**In welcher Höhe belaufen sich die Renten?** \_\_\_\_\_

**Antrag auf stationäre Pflege wurde gestellt am** \_\_\_\_\_

*Sonstige Bemerkungen/Hinweise*

---

---

---

**Ort, Datum**

**Unterschrift**