

# Arztbogen zur Heimaufnahme



**Altenwohnheim St. Josef-Stift**  
 Am Markt 2-4  
 48282 Emsdetten  
 Tel.: 02572-140  
 Fax : 02572-14183  
 Mail: st.josef-stift@stiftung-st-josef.de



**Altenwohnheim Sonnenhof**  
 Karlstraße 5-11  
 48282 Emsdetten  
 Tel.: 02572-871560  
 Fax: 0257287156100  
 Mail: sonnenhof@stiftung-st-josef.de



**Altenwohnheim Kastanienhof**  
 Pankratiusgasse 6  
 48282 Emsdetten  
 Tel.: 02572-9490  
 Fax: 02572-949222  
 Mail: kastanienhof@stiftung-st-josef.de



**SeniorenZentrum Haus Simeon**  
 Am Knie 8  
 48282 Emsdetten  
 Tel.: 02572-94688200  
 Fax: 02572-94688100  
 Mail: haus.simeon@stiftung-st-josef.de

## Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

## Mobilität

Ist der Bewohner

- gehfähig**..... ja nein bedingt / mit Begleitung  
 mit technischen Hilfen Rollator Rollstuhl  
**bettlägerig**..... ja vorübergehend häufig ständig nein

## Kontinenz

Beherrschung des **Stuhlabgangs** ja nein **Urinabgangs** ja nein

## Fremde Hilfe ist nötig

- |                            |                          |                              |                          |
|----------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| beim Essen                 | <input type="checkbox"/> | beim Waschen                 | <input type="checkbox"/> |
| beim Ankleiden             | <input type="checkbox"/> | beim Frisieren u. Rasieren   | <input type="checkbox"/> |
| beim Aufstehen             | <input type="checkbox"/> | beim Lagern zur Nacht        | <input type="checkbox"/> |
| bei der Toilettenbenutzung | <input type="checkbox"/> | bei der Medikamenteneinnahme | <input type="checkbox"/> |

bitte wenden →

## Orientierung

örtlich

ja

nicht immer

nein

zeitlich

ja

nicht immer

nein

nachts

ja

nicht immer

nein

---

## Suchtkrankheiten

nein

ja

welche: \_\_\_\_\_

---

## Behinderungen / Störungen

körperlicher Art: \_\_\_\_\_

geistiger Art: \_\_\_\_\_

---

## Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten? (Infektionsschutzgesetz)

ja

nein

welche: \_\_\_\_\_

---

## Diagnosen (bitte mit ICD 10 Schlüssel)

---

## Hinweise und Bemerkungen

---

### Bitte beifügen:

- Aktueller Medikamentenplan
- Impfstatus

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes