



**Blank-Gruppe**  
**Haus St. Martinus**  
*... hier bin ich richtig!*

# Anmeldemappe



Bitte ausgefüllt vor Einzug an die Einrichtung zurückgeben.

Haus St. Martinus

• Auf der Winsche 1 • 37434 Bilshausen

Tel. 05528/2059-0 • Fax 05528/2059-3444

[www.blank-gruppe.de](http://www.blank-gruppe.de) • [info@blank-gruppe.de](mailto:info@blank-gruppe.de)

# Inhaltsverzeichnis

|      |   |    |
|------|---|----|
| 1    | Anmeldeformular.....  | 3  |
| 1.1  | Persönliche Daten des Gastes / Bewohners .....  | 3  |
| 1.2  | Daten des Rechnungsempfängers .....   | 3  |
| 1.3  | Daten des Betreuers/Bevollmächtigten und der Angehörigen .....  | 4  |
| 1.4  | Daten zu Ihrer Kranken- & Pflegeversicherung .....  | 5  |
| 1.5  | Daten zu sonstigen Kostenträgern.....   | 5  |
| 1.6  | Einwilligung für die Krankenkasse, Pflegekasse, Berufsgenossenschaften und eventuelle Sozialhilfeträger ..... | 6  |
| 1.7  | Einwilligung zur Veröffentlichung von Fotos bzw. Bild- und Tonmaterial.....                                   | 6  |
| 1.8  | Post .....  | 7  |
| 1.9  | Medizinische Versorgung.....  | 7  |
| 1.10 | Fußpflege .....   | 8  |
| 1.11 | Elektrogeräte .....   | 8  |
| 1.12 | Einwilligung Rezepte und Verordnungen .....   | 9  |
| 1.13 | Einwilligung Ärzte .....  | 9  |
| 1.14 | Regelung bei Versterben des Bewohners in unserem Haus.....  | 10 |
| 2    | Sonstiges .....   | 11 |
| 3    | Anlagen .....   | 12 |
| 3.1  | SEPA Mandat.....  | 12 |
| 3.2  | Ausführlicher Biografiebogen .....  | 13 |
| 3.3  | Ärztliche Bescheinigung gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz.....   | 20 |
| 3.4  | Ärztlicher Fragebogen.....  | 21 |

# 1 Anmeldeformular

zur

Kurzzeit- / Verhinderungspflege

Vollstationäre Dauerpflege

Gewünschter Einzugstermin: \_\_\_\_\_

## 1.1 Persönliche Daten des Gastes / Bewohners

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Straße (vor Einzug): \_\_\_\_\_

PLZ, Ort (vor Einzug): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Aktueller Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_

## 1.2 Daten des Rechnungsempfängers

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Zahlung: per Überweisung  per Bankeinzug

(SEPA-Lastschriftmandat anbei)



### 1.3 Daten des Betreuers/Bevollmächtigten und der Angehörigen

Betreuer/Bevollmächtigter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

(Bitte reichen Sie uns eine Kopie Ihres Betreuerausweises bzw. der Bevollmächtigung ein)

Angehörige/r:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad/Beziehung: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad/Beziehung: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad/Beziehung: \_\_\_\_\_

## 1.4 Daten zu Ihrer Kranken- & Pflegeversicherung

Name Ihrer Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits einen Pflegegrad (1 – 5)?

Ja, welchen? \_\_\_\_\_ Nein

Ist eine Einstufung bzw. Höherstufung beantragt? Ja  Nein

Haben Sie bereits einen Antrag auf Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege oder vollstationäre Dauerpflege gestellt? Ja  Nein

(Hinweis: Sollten Sie noch keinen Antrag bei Ihrer Pflegekasse gestellt haben, bitten wir Sie dies unverzüglich vor Heimeinzug zu erledigen.)

## 1.5 Daten zu sonstigen Kostenträgern

### Sozialhilfeträger

Haben Sie einen Antrag auf Leistungen eines Sozialhilfeträgers gestellt?

Ja  Nein

Träger: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Sollte die Finanzierung nicht sichergestellt sein, bitten wir Sie das beiliegende Formular zur vorsorglichen Bekanntgabe einer Sozialhilfebedürftigkeit auszufüllen. Der Sozialhilfeträger leistet erst ab dem Datum der Bekanntgabe.

### Beihilfestelle

Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Zeichen: \_\_\_\_\_

### Berufsgenossenschaft

Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Zeichen: \_\_\_\_\_



## 1.6 Einwilligung für die Krankenkasse, Pflegekasse, Berufsgenossenschaften und eventuelle Sozialhilfeträger

Ich \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_, willige ausdrücklich ein, dass die Krankenkassen, Pflegekassen, Berufsgenossenschaften und eventuelle Sozialhilfeträger Auskünfte über abrechnungsrelevante Daten an die Pflegeeinrichtung der Blank-Gruppe per Telefon, Fax, E-Mail oder Post übermitteln dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Meinen Widerruf kann ich per Brief, Fax oder E-Mail erklären.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Bewohner bzw. Bevollmächtigter)

## 1.7 Einwilligung zur Veröffentlichung von Fotos bzw. Bild- und Tonmaterial

Ich \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_, willige ausdrücklich ein, dass die Fotos bzw. Bild- & Tonmaterial (z.B. von der Weihnachtsfeiern, Sommerfest, Jubiläum usw.) zur Veröffentlichung auf der Internetseite oder in der Unternehmensbroschüre der Blank-Gruppe veröffentlicht werden dürfen. Wir weisen darauf hin, dass das Material bei der Veröffentlichung im Internet weltweit abrufbar ist. Eine Weiterverwendung dieses Materials durch Dritte kann daher nicht generell ausgeschlossen werden.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Meinen Widerruf kann ich per Brief, Fax oder E-Mail erklären.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Bewohner bzw. Bevollmächtigter)

## 1.8 Post

Ihre Post wird, nachdem diese in unser Haus gebracht wurde, mit dem Eingangsdatum versehen und Ihrem Wünschen entsprechend zugeteilt bzw. hinterlegt.

Zimmer       Station bzw. Rezeption/Zentrale, abgeholt durch \_\_\_\_\_

kostenpflichtig Nachsenden an:

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Falls Ihre Post von einem Ihrer Angehörigen oder einem Betreuer im Stationszimmer bzw. an der Rezeption/Zentrale abgeholt werden soll, fragen Sie bitte unser Personal ob für Ihren Angehörigen Post deponiert ist.

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass Post die innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen nicht abgeholt wurde, kostenpflichtig nachgesendet wird.

## 1.9 Medizinische Versorgung

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Fachärzte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medikamentenbeschaffung / Apotheke

durch die Pflegeeinrichtung \*       selbständig beschafft

durch Angehörige /Name: \_\_\_\_\_

Apothekenauswahl durch Heim       Eigene Apotheke \_\_\_\_\_

\* Für den marktgünstigsten Preis kann die Einrichtung nicht garantieren. Individuelle Wünsche sprechen Sie bitte mit unserer Heim- oder Pflegedienstleitung ab.

Besteht eine Inkontinenz       Ja       Nein

Eine ärztliche Verordnung für Inkontinenzmaterial liegt vor  Ja       Nein

Sonstige Hinweise und Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Hinweis: Vor Heimeinzug ist ein ärztliches Zeugnis gem. Infektionsschutzgesetz abzugeben. Dies ist kraft Gesetzes zwingend erforderlich.

Dazu dient das Formular – Anlage 3.4 Ärztliche Bescheinigung gemäß §36 Abs.4 Infektionsschutzgesetz – Ihrem Hausarzt als Ausfüllhilfe. Bitte lassen Sie dieses Formular rechtzeitig vor Heimeinzug von Ihrem Hausarzt ausfüllen.

Entstehende Kosten trägt der Heimbewohner bzw. der Betreuer/Bevollmächtigte.

### 1.10 Fußpflege

Wie wünschen Sie, dass bei Ihnen die Fußpflege durchgeführt wird

- Normale Fußpflege durch Pflegepersonal
- medizinische Fußpflege durch zertifiziertes Fachpersonal der hauseigenen Physiotherapie- & Podologiepraxis Haus St. Georg (wird separat berechnet)
- kosmetische oder medizinische Fußpflege durch \_\_\_\_\_  
(Externer Anbieter)

### 1.11 Elektrogeräte

Elektrische Geräte müssen gemäß BGV A3/DGUV Vorschrift 3 regelmäßig geprüft werden. Unsere hauseigenen Geräte werden regelmäßig geprüft. Bei selbst mitgebrachten elektrischen Geräten, bitten wir Sie, diese durch eine Fachfirma überprüfen zu lassen. Sollte dies nicht möglich sein, werden wir diese Prüfung auf Ihre Kosten durchführen lassen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

### 1.12 Einwilligung Rezepte und Verordnungen

Ich \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_, willige ausdrücklich ein, dass die Mitarbeiter der Blank-Gruppe auf mich ausgestellte Rezepte und Verordnungen zur weiteren Verwendung sowie zur Weitergabe, auch per Post, E-Mail oder Fax, an andere Dienstleister (z.B. Apotheken, Sanitätshäuser usw.) übergeben werden können. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Meinen Widerruf kann ich per Brief, Fax oder E-Mail erklären.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Bewohner bzw. Bevollmächtigter)

### 1.13 Einwilligung Ärzte

Ich \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_, willige ausdrücklich ein, dass die von der ärztlichen Schweigepflicht betreffende Weitergabe von Arztberichten, Befunden, Diagnosen, Therapien, Medikamentenpläne und sonstigen Auskünften für die pflegerischen Maßnahmen an die Pflegeeinrichtung der Blank-Gruppe per Telefon, Fax, E-Mail oder Post übermittelt werden dürfen.

Diese Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht kann jederzeit von mir widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Bewohner bzw. Bevollmächtigter)



## 1.14 Regelung bei Versterben des Bewohners in unserem Haus

Beim Versterben des Bewohners ist der Bevollmächtigte verpflichtet unverzüglich einen Bestatter zu beauftragen. Sollte der Bevollmächtigte nicht erreichbar sein, darf die Einrichtung auf Namen und Rechnung des Bevollmächtigten, den nachfolgenden Bestatter beauftragen.

Ihre Wahl des Bestattungsinstitutes:

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Hinweis: Wird kein Bestattungsinstitut beauftragt, muss die Bestattung von Amtswegen erfolgen.

Bestattungsart:

Feuerbestattung       Erdbestattung       sonstiges \_\_\_\_\_

Nachlassregelung

Der gesamte Nachlass soll an folgende Person ausgehändigt werden:

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Bemerkung: \_\_\_\_\_

## 2 Sonstiges

Besitzen Sie einen

Personalausweis  Ja, gültig bis \_\_\_\_\_  Nein

Behindertenausweis  Ja, gültig bis \_\_\_\_\_  Nein

Gebührenbefreiung liegen vor für:

Krankentransport  Ja, gültig bis \_\_\_\_\_  Nein

Rezeptgebühren  Ja, gültig bis \_\_\_\_\_  Nein

Ich/Wir haben die Anmeldemappe sorgfältig gelesen und entsprechend ausgefüllt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner/Betreuer/Bevollmächtigter

### 3 Anlagen

#### 3.1 SEPA Mandat

Haus St. Martinus GmbH  
Auf der Winsche 1  
37434 Bilshausen

#### Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren

Zahlungsempfänger: Haus St. Martinus GmbH, Auf der Winsche 1, 37434 Bilshausen  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE06ZZZ00000549075  
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

#### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Haus St. Martinus GmbH, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / unser Kreditinstitut an, die von der Haus St. Martinus GmbH auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kunde/Bewohner (Vor- u. Zuname): \_\_\_\_\_  
(wenn abweichend vom Kontoinhaber)

Kontoinhaber (Vor- u. Zuname): \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name): \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (BIC): \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Datum, Ort: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

#### Haus St. Martinus GmbH

- Altenheim / Pflegeheim -  
• Krankenpflege • Rehabilitation  
• Kurzzeitpflege • Urlaubswohnungen  
Auf der Winsche 1 • 37434 Bilshausen  
Tel. (05528) 2059-0 • Fax (05528) 2059-3444  
GF: Sonja Zwingmann & Nicola Blank  
Registergericht Göttingen HRB 3970  
Steuernummer: 35/220/03146  
Betriebsnummer: 23199774  
Institutionskennzeichen: 510.314.704  
Bankverbindungen:  
Volksbank Mitte eG  
IBAN DE91 2606 1291 0005 0609 50  
BIC GENODEF1DUD  
DKB Deutsche Kreditbank  
IBAN DE59 1203 0000 1020 4298 56  
BIC BYLADEM1001  
info.martinus@haus-st-georg.de  
www.haus-st-martinus.de



### 3.2 Ausführlicher Biografiebogen

Bewohner: \_\_\_\_\_

#### Umfeld/Elternhaus/Erziehung/Prägung:

Eltern: \_\_\_\_\_

Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

Beruf/Aufgabenfeld(er) der Mutter: \_\_\_\_\_

In welcher Reihenfolge sind die Geschwister geboren? \_\_\_\_\_

Welche Beziehungen zu den Großeltern sind bekannt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie kann man sich das Elternhaus vorstellen? (Gebäude, Gerüche, Farben, Umgebung, Landschaft, wie viele Personen lebten dort?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es Tiere/Haustiere am oder im Elternhaus? \_\_\_\_\_

Welche Lebensmittel wurden im Elternhaus selbst hergestellt? \_\_\_\_\_

Welche Arbeiten mussten von den Kindern übernommen werden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Traditionen wurden in der Familie gepflegt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Benimmregeln waren vorherrschend? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie wurde für Erfolge in der Schule oder im Haushalt belohnt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Sprichwörter wurden gern benutzt? (Themen z.B. Arbeit, Fleiß, Armut, Kleidung, Aussehen, Wahrheit/Lüge, Ordnung, Trinken, Essen, Kinder....)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Geschichten und Anekdoten wurden gern erzählt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Kindheit

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Gibt es Geschichten zur Geburt/ Taufe? \_\_\_\_\_

Besondere Persönlichkeitseigenschaften? \_\_\_\_\_

Gab es Spitznamen? \_\_\_\_\_

Begabungen:       theoretisch       praktisch       sozial, pädagogisch

Vorlieben als Kind:

Getränke       Essen, Naschereien       Gerüche/Düfte       Musik, Gesang

-was wurde gesammelt und getauscht? \_\_\_\_\_

-gab es eine Puppe oder ein Kuscheltier? \_\_\_\_\_

-Sonstiges? \_\_\_\_\_

Pflichten: -Schule/Schulbildung: \_\_\_\_\_

-Im Elternhaus: \_\_\_\_\_

Freiheiten: -Was war erlaubt? \_\_\_\_\_

-Was tat er/sie besonders gern? \_\_\_\_\_

Verlusterfahrungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hobbys/Engagement: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## **Jugend**

Berufswahl: -konnte der Beruf frei gewählt werden? \_\_\_\_\_

-wie waren die wirtschaftlichen Verhältnisse? \_\_\_\_\_

Pflichten: -schulisch: \_\_\_\_\_

-gegenüber Geschwistern: \_\_\_\_\_

Freiheiten: - Wofür schwärmte er/sie? \_\_\_\_\_

-wer war sein/ihr Idol? \_\_\_\_\_

Soziale Umgebung:

-war er/sie in einem Verein? \_\_\_\_\_

-war er/sie kirchlich engagiert? \_\_\_\_\_

-hatte er/sie Kontakt zu Verwandten, Freunden, Nachbarn? \_\_\_\_\_

Hobbys: \_\_\_\_\_

Wie erlebte er/sie das Thema „Liebe“? \_\_\_\_\_

Auf welchem religiösen oder pädagogischen Hintergrund konnte er/sie sich in der Kinder- und Jugendzeit mit dem Thema „Liebe, Erotik, Sexualität“ auseinandersetzen? Wie konnte er/sie sich darüber informieren?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann wurde das Elternhaus verlassen? \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### **Erwachsenenalter**

Welche Tätigkeit/en übte er/sie als Erwachsener aus? \_\_\_\_\_

Wann und wen heiratete er/sie? (Beschreibung des Menschentyps, aus welcher Lebenswelt kommt er?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Kosenamen wurden gern benutzt? \_\_\_\_\_

Hat er/sie Kinder? (Namen, Alter, Berufe...) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie ist das Verhältnis zu den einzelnen Kindern? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie gestaltete sich die Beziehung zu Freunden, Verwandten, Nachbarn? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie sahen ihre/seine finanziellen Verhältnisse aus? \_\_\_\_\_

Wie stand es um ihre/seine Gesundheit? \_\_\_\_\_

Wie wurde Freizeit gestaltet? \_\_\_\_\_

Wann und wohin wurden Reisen unternommen? \_\_\_\_\_

Worauf legte er/sie besonderen Wert? \_\_\_\_\_

Was war ihm/ihr heilig? \_\_\_\_\_

An was oder wen glaubte er/sie? \_\_\_\_\_

Wovor hatte er/sie Angst? \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Alter

Konnte er/sie mit dem Ehepartner auch im Alter noch gemeinsam selbständig leben?

---

Wie stand es um die persönliche Gesundheit? \_\_\_\_\_

Wie stand es um die Gesundheit des Ehe- oder Lebenspartners? \_\_\_\_\_

Wurde die Pflege des Ehepartners übernommen? \_\_\_\_\_

Wie war die finanzielle Situation im Alter? \_\_\_\_\_

Welche Erbstücke sind von besonderer Bedeutung? \_\_\_\_\_

Wann wurde sie/er Witwe/r? \_\_\_\_\_

Wie sah die soziale Umgebung aus? (Kontakte zu Nachbarn, Verwandten, Freunden?

Möglichkeiten, Hilfe zu bekommen) \_\_\_\_\_

---

Konnte sie/er in einer altersangemessenen Wohnung leben? \_\_\_\_\_

Konnte sie/er in einem Gefühl der Sicherheit leben? \_\_\_\_\_

Gibt/gab es Menschen, die ihr/ihm Geborgenheit, Wohlbefinden, Liebe schenken/schenkten?

---

Um welche Uhrzeit ging sie/er zu Bett und stand wieder auf? \_\_\_\_\_

Was gab ihrem/seinem Leben im Alter Zufriedenheit, was machte sie/ihn glücklich? \_\_\_\_\_

---

Wie geht sie/er mit dem Gedanken an Krankheit, Leid und Tod um? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wovor hat/te sie/er Angst? \_\_\_\_\_

Wann wurden die Mahlzeiten eingenommen? \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## **Zeitgeschichte**

(Informationen zu politischen Ereignissen, Kriegszeiten und Notzeiten)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Vorlieben:**

Essen: \_\_\_\_\_

Trinken: \_\_\_\_\_

Musik/Gesang: \_\_\_\_\_

Interessen/Hobbys: \_\_\_\_\_

### 3.3 Ärztliche Bescheinigung gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz

Haus St. Martinus GmbH

Auf der Winsche 1

37434 Bilshausen

#### Auszug aus dem Infektionsschutzgesetz

##### § 36 Abs. 4

Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 bis 5 des Heimgesetzes oder in eine Gemeinschaftsunterkunft für Obdachlose, Flüchtlinge, Asylbewerber oder in eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes für Spätaussiedler aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.

Betrifft: Patient/Patientin

Herr/Frau \_\_\_\_\_ geb.am \_\_\_\_\_

Vorname      Name

Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose liegen bei der / dem  
o. g. Patientin / Patienten nicht vor.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

**Hinweis: Bitte vor Heimeinzug von Ihrem Hausarzt ausfüllen lassen!**



### 3.4 Ärztlicher Fragebogen

#### Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Haus St. Martinus GmbH

Auf der Winsche 1

37434 Bilshausen

**Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben. Danke!**

1. Zuname, Vorname \_\_\_\_\_
2. geboren am \_\_\_\_\_
3. Ist der Patient gehfähig?  ja  nein
4. Ist Treppensteigen möglich?  ja  nein
5. Ist der Patient häufig bettlägerig?  ja  nein
6. Ist der Patient ständig bettlägerig?  ja  nein
7. Beherrschung des Stuhlabgangs?  ja  nein
8. Beherrschung des Urinabgangs?  ja  nein
9. Fremder Hilfe bedürftig?
10. Örtlich orientiert?  ja  nein  nicht immer
11. Zeitlich orientiert?  ja  nein  nicht immer
12. Nachts unruhig?  ja  nein  nicht immer
13. Gemütsstimmung?  willig  freundlich  verdrießlich
14. Gefährliche Eigenschaften?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_
15. Suchtkrankheiten?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_
16. Allergien?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_



## Ärztlicher Fragebogen - Fortsetzung

### Blatt 2

17. Körperliche Behinderung(en) – Art:

---

---

---

---

18. Geistig-seelische Behinderung oder Störung – Art:

---

---

---

---

19. Diagnose(n):

---

---

---

---

20. Medikation:

---

---

---

---

21. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

---

---

---

---

22. Grund für die Heimunterbringung:

---

---

---

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift des Arztes