



*Wir pflegen und versorgen – mit Herz!*

Christoph-Blumhardt-Haus  
Stellwaldstraße 1  
78126 Königsfeld im Schwarzwald  
Telefon: 07725 9385-0  
[www.christoph-blumhardt-haus.de](http://www.christoph-blumhardt-haus.de)

Anmeldung zur Heimaufnahme · Seite 1 von 4

## ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

### ANZUMELDENDE PERSON

.....  
Nachname

.....  
Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Geburtsort

.....  
Geburtsname

.....  
Familienstand

.....  
Staatsangehörigkeit

.....  
Konfession

.....  
Adresse: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

.....  
Telefon

.....  
E-Mail

### ANGEHÖRIGE

.....  
Nachname

.....  
Vorname

.....  
Adresse: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

.....  
Telefon

.....  
E-Mail

.....  
Verwandschaftsgrad

.....  
Nachname

.....  
Vorname

.....  
Adresse: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

.....  
Telefon

.....  
E-Mail

.....  
Verwandschaftsgrad

.....  
Nachname

.....  
Vorname

.....  
Adresse: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

.....  
Telefon

.....  
E-Mail

.....  
Verwandschaftsgrad



- AMBULANTER PFLEGEDIENST
- TAGES- UND KURZZEITPFLEGE
- SPEZIELLE PFLEGE BEI DEMENZ
- SERVICEWOHNEN
- OFFENER MITTAGSTISCH

*Wir pflegen und versorgen – mit Herz!*

Christoph-Blumhardt-Haus  
 Stellwaldstraße 1  
 78126 Königsfeld im Schwarzwald  
 Telefon: 07725 9385-0  
 www.christoph-blumhardt-haus.de

Anmeldung zur Heimaufnahme · Seite 2 von 4

## GESETZLICHE BETREUUNG / VOLLMACHT

Nachname ..... Vorname .....

Adresse: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort .....

Telefon ..... E-Mail ..... Verwandtschaft / Bekanntschaft .....

Welcher Wirkungskreis? .....

Pflege- / Krankenkasse: .....

Pflegegrad:     0     1     2     3     4     5     beantragt

## ÄRZTLICHE BETREUUNG

Behandelnder Arzt: .....

Konsiliarärzte: .....

## FINANZIERUNG (freiwillige Angaben)

Über welche monatlichen Einkünfte verfügen Sie?    Rente/n, Pension: .....    sonstige Einkünfte: .....

Haben Sie Grundbesitz, Immobilien, Barvermögen? .....

Wenn Ihre genannten Einkünfte für die Heimkosten nicht ausreichen, wer übernimmt die Deckung des Fehlbetrages?  
 .....

## GRUND UND DRINGLICHKEIT DER HEIMAUFNAHME

Liegen Ihrer Anmeldung für einen Heimplatz besondere Gründe vor, ggf. welche?  
 .....

Dringlichkeit der Aufnahme: .....

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Sie verpflichtet aber nicht zum Einzug in das Christoph-Blumhardt-Haus.

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift des zukünftigen Bewohners  
 oder des Bevollmächtigten bzw. des Betreuers



- AMBULANTER PFLEGEDIENST
- TAGES- UND KURZZEITPFLEGE
- SPEZIELLE PFLEGE BEI DEMENZ
- SERVICEWOHNEN
- OFFENER MITTAGSTISCH

*Wir pflegen und versorgen – mit Herz!*

Christoph-Blumhardt-Haus  
Stellwaldstraße 1  
78126 Königsfeld im Schwarzwald  
Telefon: 07725 9385-0  
www.christoph-blumhardt-haus.de

Anmeldung zur Heimaufnahme · Seite 3 von 4

## ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN (1)

.....  
Nachname

.....  
Vorname

.....  
Geburtsdatum

### Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Ständig		Nein	Gelegentlich	Häufig	Ständig
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppensteigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aufstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zu Bett gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Benutzen des WCs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ankleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<b>Orientierung</b>					<b>Treten nachts</b>				
zeitlich orientiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Unruhezustände auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
örtlich orientiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bettlägrigkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
persönlich orientiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
situativ orientiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<b>Liegt Inkontinenz vor?</b>					<b>wenn ja, in welcher Form?</b>	<input type="radio"/>	Stressinkontinenz		
Harninkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	Dranginkontinenz		
Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	Überlaufinkontinenz		

Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?

.....

.....

Besteht eine Suchtkrankheit, wenn ja, welche?

.....

Liegen psychische Störungen vor, wenn ja, welche?

.....



*Wir pflegen und versorgen – mit Herz!*

Christoph-Blumhardt-Haus  
Stellwaldstraße 1  
78126 Königsfeld im Schwarzwald  
Telefon: 07725 9385-0  
[www.christoph-blumhardt-haus.de](http://www.christoph-blumhardt-haus.de)

Anmeldung zur Heimaufnahme · Seite 4 von 4

### ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN (2)

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC, MRSA, usw? (Antwort ist zwingend)

.....

Diagnosen (bitte vollständig angeben)

.....

.....

.....

.....

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

.....

.....

Ist Diät / Schonkost erforderlich, wenn ja, welcher Art?

.....

.....

Hinweise, Bemerkungen

.....

.....

.....

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des Arztes