



**Caritasheim St. Elisabeth**  
 Heidelberger Straße 50  
 64625 Bensheim  
 Tel.: 06251-1080-0  
 Fax.: 06251-1080-80  
 E-Mail: ch.bensheim@caritas-bergstrasse.de



# Anamnesebogen

Kurzzeitpflege

Dauerpflege

Sinn des Anamnesebogens ist es, durch die erhaltenen Informationen die Pflege und die Betreuung unserer Bewohner so individuell wie möglich zu gestalten. Dabei helfen uns, unter anderem, Angaben zu bisherigen Gewohnheiten, Vorlieben etc. Niemand ist verpflichtet, alle Fragen zu beantworten. Fragen die Sie nicht beantwortet können oder wollen, bitte einfach offen lassen.

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsname: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort: .....

Staatsangehörigkeit: .....

Anschrift: .....

.....

Telefon: .....

Familienstand: .....

Konfession: .....

früherer Beruf: .....

Hausarzt: .....

Krankenkasse: .....

Versicherten-Nr.: .....

Pflegegrad: .....

beantragt am: .....

bewilligt am: .....

beantragt von: .....

Zuzahlungsbefreiung liegt vor  ja

nein

Schwerbehinderung liegt vor?  ja

nein

wenn ja, Grad der Behinderung: .....%

Merkmal: .....

Name des **Ehegatten**: .....

Tag der Eheschließung: .....

Ort der Eheschließung: .....

ggf. wann und wo verstorben: .....

**Einzugstermin**: .....

Wohnbereich: ..... Zimmer: .....

Dauerpflege

Kurzzeitpflege von ..... bis.....

Derzeitiger Aufenthaltsort:

Krankenhaus

Rehaklinik

zu Hause

Adresse: .....

Telefonnummer Ansprechpartner: .....

**Angehörige/ Bezugspersonen**

Name: ..... Vorname: .....

Verwandtschaftsgrad: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Handy: .....

Name: ..... Vorname: .....

Verwandtschaftsgrad: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Handy: .....

**Vollmachten/ Betreuung**

Vorsorgevollmacht vom: .....

übertragen an: .....

.....

Gerichtliche Betreuung

übertragen an: .....

.....

Aktenzeichen: ..... Gültig bis: .....

Patientenverfügung vorhanden?  ja  nein

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen:

Bettseitenteile  Sitzhose:

Bauchgurt  Therapietisch am Rollstuhl

Beschluss vom Betreuungsgericht liegt vor?  Ja gültig bis: .....

Nein Beantragt am: .....

Aktenzeichen: .....

**Rechnungsadresse**

Name: ..... Vorname: .....

Anschrift: .....

**Postverteiler**

Bewohner selbst  Postfach in der Verwaltung  Hinterlegung im Wohnbereich

## **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**

Einschränkungen beim Hören:     nein         ja         Hörgerät

Einschränkung beim Sehen:     nein         ja         Brille     Lesebrille

Sprachstörungen:                 nein         ja

Wenn Sprachstörungen vorhanden sind, wie findet die Verständigung statt?  
(Mimik/ Gestik, lachen/weinen, einzelne Worte möglich, Kopf nicken/schütteln möglich)

.....  
.....

Bevorzugte/ gewohnte Ansprache? Vorname/Nachname, Spitzname, Titel wichtig?

.....

Haben Sie gerne Gespräche in geselliger Runde/ Diskussionen? Gesprächsthemen?

.....

Zeitliche Orientierung:         vorhanden     teilweise vorhanden     nicht vorhanden

Verstehen von Informationen:  vorhanden     teilweise vorhanden     nicht vorhanden

Verstehen von Aufforderungen:  vorhanden     teilweise vorhanden     nicht vorhanden

## **Mobilität und Beweglichkeit**

Gehen/ Fortbewegen:

Selbstständig                     teilweise selbstständig     unselbstständig

Stehen:

Selbstständig                     teilweise selbstständig     unselbstständig

Aufstehen/ Hinsetzen/ Umsetzen:

Selbstständig                     teilweise selbstständig     unselbstständig

Umlagern im Bett:

Selbstständig                     teilweise selbstständig     unselbstständig

Lähmungen/ Bewegungseinschränkungen:     ja         nein

Betroffene Körperteile.....  
.....

Schwindel/ Gleichgewichtsstörungen:         ja         nein

Stürze im häuslichen Umfeld:                 ja         nein

Hilfsmittel:

Gehstock                         Rollator                         Rollstuhl

Antidekubitussitzkissen         Wechseldruckmatratze         Weichlagerungsmatratze

**Krankheitsbezogene Anforderungen**

Medikamente richten:

- Selbstständig                       teilweise selbstständig                       unselbstständig

Medikamenteneinnahme:

- Selbstständig                       teilweise selbstständig                       unselbstständig

Behandlungspflege:

- Verbände                                       Kompressionsstrümpfe                       Injektionen  
 Sauerstoffgabe                               Inhalationen  
 Sonstiges .....

Schmerzen:

- nein     ja

Schmerzorte: .....

Schmerztherapie:

- Medikamente  
 nichtmedikamentöse Maßnahmen (Wärme/Kälte etc.)  
.....

**Selbstversorgung**

Essen und Trinken:

Essen:                       Selbstständig                       teilweise selbstständig                       unselbstständig

Trinken:                       Selbstständig                       teilweise selbstständig                       unselbstständig

Lieblingsspeisen: .....

Lieblingsgetränke: .....

Abneigungen/ Allergien/Unverträglichkeiten: .....

Frühstück: ..... Uhr: .....

2. Frühstück: ..... Uhr: .....

Mittagessen: ..... Uhr: .....

Kaffee: ..... Uhr: .....

Abendessen: ..... Uhr: .....

Spätmahlzeit: ..... Uhr: .....

Hilfsmittel (besonderes Besteck, Trinkbecher).....

Besondere Kostform oder Diät:  nein                       ja .....

Schluckstörungen:                       nein                       ja.....

Zusatznahrung:                       nein                       ja.....

Sondenkost:                       nein                       ja.....

Ungewollte Gewichtsveränderungen:  nein                       ja.....

Körperpflege: Uhrzeit, Gewohnheiten, bevorzugte Pflegemittel

Morgentliche Grundpflege: .....

- Selbstständig                       teilweise selbstständig                       unselbstständig

Abendliche Grundpflege: .....

- Selbstständig                       teilweise selbstständig                       unselbstständig

Rasieren: täglich, trocken/nass, Aftershave? .....

- Selbstständig                       teilweise selbstständig                       unselbstständig

Duschen/Baden: .....

- Selbstständig                       teilweise selbstständig                       unselbstständig

Haare waschen: .....

- Selbstständig                       teilweise selbstständig                       unselbstständig

Mund- und Zahnpflege: .....

- Selbstständig                       teilweise selbstständig                       unselbstständig

- Zahnprothese oben                       Zahnprothese unten                       keine Zahnprothese

Wünsche/ Gewohnheiten bezüglich Nagelpflege und Fußpflege:.....

Kleiden:

- Selbstständig                       teilweise selbstständig                       unselbstständig

Tageskleidung: .....

Nachtkleidung: .....

Lieblingskleidungsstücke: .....

Besondere Kleidung/Schmuck: .....

Wäschereinigung:                       privat                       Wäscherei im Haus

Ausscheiden:

Toilettengang:  Selbstständig     teilweise selbstständig                       unselbstständig

Harndrang:     häufig                       kann nur kurz gehalten werden                       vermehrt nachts

Stuhlgang:     Verstopfung                       Einnahme von Abführmitteln                       Durchfall

Hilfsmittel:     Toilettenstuhl                       Bettpfanne                       Urinflasche

Vorlagen                       Einlagen+ Netzhose                       Windelhose

Dauerkatheter                       künstlicher Darmausgang

**Leben in sozialen Beziehungen**

Gewohnter Tagesablauf (Aufstehzeiten, Mittagsruhe, Nachtruhe):

Aufstehrituale: .....

Vormittagsgestaltung: .....

Mittagsruhe: .....

Nachmittagsgestaltung: .....

Abendgestaltung: .....

Bettgehrituale/ Einschlafrituale: .....

Nachtruhe: Probleme beim Einschlafen/ Durchschlafen, Licht anlassen/ ausmachen:

.....

Frühere Freizeitbeschäftigung: .....

Früherer berufliche Tätigkeit: .....

Noch ausgeübte Beschäftigungen:.....

Teilnahme an Beschäftigungsangeboten im Haus gewünscht, welche Angebote?

Gruppenangebote  Feste/Feiern  Einzelbetreuung

Teilnahme an Gottesdiensten/kirchlichen Angeboten

Wichtige Kontaktpersonen/Bezugspersonen: .....

### **Wohnen und Häuslichkeit**

Zimmergestaltung

Vom Haus zur Verfügung gestellte Einrichtungsgegenstände: .....

Mitgebrachte Einrichtungsgegenstände: .....

.....

Mitgebrachte Elektrogeräte: .....

jahreszeitliche Gestaltung gewünscht  nein  ja: .....

Orientierungshilfen gewünscht / erforderlich  nein  ja: .....

### **Einwilligungserklärung Datenspeicherung**

Ich willige hiermit ein, dass meine angegebenen persönlichen Daten, durch das Caritasheim St. Elisabeth erhoben, verarbeitet und genutzt werden, um meine Anmeldung zu verwalten und ggf. Vorbereitungen für eine Aufnahme zu treffen. Meine Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder persönlich widerrufen sowie Auskunft über meine personenbezogene Daten verlangen und deren Aktualisierung oder Löschung beantragen.

Datum, Unterschrift .....

### **Information zum Datenschutz des Caritasverbandes Darmstadt e.V.**

Wir erfassen nur personenbezogene Daten, die uns freiwillig zu Verfügung gestellt bzw. in deren Erfassung eingewilligt wurde und verpflichten uns, die geltenden Bestimmungen zum Datenschutz sowie unsere eigenen Datenschutzbestimmungen zu beachten und einzuhalten. Die Datenschutzbestimmungen sind jederzeit online auf der Homepage [www.caritas-darmstadt.de](http://www.caritas-darmstadt.de) einsehbar. Wir werden die von Ihnen überlassenen personenbezogenen Daten nur für die Ihnen mitgeteilten Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen sowie den im Auftrag des Caritasheimes St. Elisabeth handelnden Personen mitteilen, um den oben benannten Zweck nachzukommen. Wir werden Ihre personenbezogenen Daten ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung nicht an Dritte vermitteln oder anderweitig nutzen

**Verantwortlicher** gem. Art. 4 Abs. 7  
EU-DS-GVO bzw. §4 Nr. 9 KDG ist  
der

**Caritasverband Darmstadt e.V.**

Heinrichstraße 32A

64287 Darmstadt

E-Mail: [info@caritas-darmstadt.de](mailto:info@caritas-darmstadt.de)

(siehe auch unser Impressum)

**Unseren Datenschutzbeauftragten**  
erreichen sie unter:

**Bugl&Kollegen GmbH**

**Sedanstraße 7**

**93055 Regensburg**

**E-Mail: [kontakt@buglkollegen.de](mailto:kontakt@buglkollegen.de)**