



קהילה בברלין

JÜDISCHE GEMEINDE ZU BERLIN • DERNBURGSTRASSE 36 • 14057 BERLIN
-Zentrale Verwaltung Seniorenzentrums-

JÜDISCHE GEMEINDE ZU BERLIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Seniorenzentrum Berlin

Heimleitung: Herr & Frau Wolff

Leo Baeck Heim

Herbartstr. 26 14057 Berlin

Jeanette Wolff Heim

Dernburgstr. 36 14057 Berlin

Telefon (030) 3269 59 11/12/13

Fax (030) 321 81 47

Hermann Strauß Pflegeheim

Herbartstrasse 24 14057 Berlin

Telefon (030) 3269 591000

Fax (030) 321 81 47

Anmeldung für das Hermann Strauß Pflegeheim

Vor und Zuname:	
Geb. Name:	Jüd. Name
Geburtsdatum:	Geburtsort:
früherer Beruf:	Familienstand:
Konfession:	Staatsangehörigkeit:
Anzahl der Kinder:	
Strasse:	
Plz. / Ort:	
Telefon:	Mobil:

Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus bitte entsprechende Adresse und behandelnden Arzt angeben)
Strasse:
Plz. / Ort:
Telefon:

Krankenkasse:
Mitgliedsnummer:
Art der Versicherung:
Zusatzversicherung:

Erhalten Sie bereits Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz
Ja: Nein: Pflegestufe: Bescheid vom:
Pflegekasse/ Name:

Haben Sie bei Ihrer Pflegekasse Leistungen beantragt (Bitte Kopien beilegen)
Ja: Nein: Ambulante Pflege: Stationäre Pflege: seit:



Amtlich bestellter Betreuer (nach Betreuungsrecht) Kopie des Betreuerausweises beilegen	
Name:	
Strasse:	
Plz. / Ort:	
Telefon:	Mobil:
Wirkungsbereich:	

Angehörige	
Vor- und Zuname:	
Strasse/ Plz / Ort:	
Verwandtschaftsverhältnis:	Telefon:
Vor- und Zuname	
Strasse/ Plz / Ort:	
Verwandtschaftsverhältnis:	Telefon:
Vor- und Zuname:	
Strasse/ Plz / Ort:	
Verwandtschaftsverhältnis:	Telefon:

Weitere Kontaktpersonen	
Name:	
Anschrift:	
Telefon:	Mobil:
Name:	
Anschrift:	
Telefon:	Mobil:
Name:	
Anschrift:	
Telefon:	Mobil:



Bitte füllen Sie den nachfolgenden Teil nach Möglichkeit mit Hilfe von betreuenden Angehörigen und / oder Pflegekräften aus. Vielen Dank!

Orientierungsvermögen			
Einschränkung	ja:	nein:	
	Ja	Nein	Zeitweise
zeitlich			
zur Person			
örtlich			
situativ			

Bewusstseinslage:							
geistig rege		ängstlich		Verstimmt		benommen	
Verlangsamt							
Kooperationsfähig		ja		nein		eingeschränkt	

Sprache und Sprechvermögen:							
Ungestört		gestört		Hilfsmittel		Sprechhilfen	
Einschränkung welche:							

Hörvermögen:							
Ungestört		Hilfsmittel		rechts		links	
Einschränkung welche:							

Sehvermögen							
Ungestört		Hilfsmittel					
Einschränkung welche:							

Vitalfunktionen / medizinische Versorgung / Behandlung							
Blutdruck		Puls		BZ		m %	Hilfsmittel
Gewicht		BMI		Größe			Inhalator

Atmung:							
normal		eingeschränkt					
Gewohnheiten (z.B. Rauchen)							



Wärme - / Kälteempfinden			
Normal		gestört	

Medizinische Versorgung / Prophylaxen					
Medikamentengabe			Hilfsmittel:		
Selbständig		Angehörige/Andere		Sonden	
Einnahmekontrolle		Medikamente richten		PEG	
Prophylaxen			Sonstiges:		
Dekubitus		Spitzfuß			
Pneumonie		Soor / Parotitis			
Thrombose		Obstipation			
Kontraktur		Dauerkatheder			

Ruhe und Schlaf	
Störungen – welche ?	
Was tun Sie, wenn Sie nicht schlafen können?	
Schlafmittel?	

Beschäftigung	
Tages- / Freizeitgestaltung (bisherige Gewohnheiten, Clubs, Sport, Tanz, etc.)	
Feste Termine	
Interessen / Hobbys	
Interessen an Aktivitäten / Kultur (Gruppe, Einzel)	
Kontaktwünsche?	

Hautzustand	
intakt	Allergie
trocken	Ulcera
feucht	Hämatom
schuppig	Dekubitus

Körperpflege Bisherige Gewohnheiten	
Baden	Med. Fußpflege
Duschen	Friseur
Körperwäsche	Kosmetik



קהילה בגרמניה

Ausscheidungen

Harninkontinenz	nein	gelegentlich	ja
Blasenkatheter	Typ	Größe	char
Harnableitendes System		gelegt am:	
Einlagen	Tags	Nacht	
Stuhlgang regelmäßig	nein	Abführmittel	
neigt zu Durchfall	gelegentlich	nein	
Anus praeter			
Toilettentraining		stdl.	

Ernährung

Ernährungszustand:	gut Adipös	kachektisch exsikkiert
Hilfsmittel:		
Enterale Sondenernährung	PEG – Sonde	Trinkhalm
Häufigkeit der Mahlzeiten:		
Uhrzeit bevorzugt:		
Lehnt ab	+ / - Portion	
Diät		
Trinkt selbständig	trinkt ausreichend	L / Tag
Trinkt viel	trinkt wenig	Lieblingsgetränk
Unverträglichkeit/en		

Mobilität

Einschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparates (Paresen, Akinesen, etc.)
Bettlägerig seit:
Lagerungshilfsmittel:
Hilfsmittel zur Fortbewegung:

