

Anmeldeformular

Heimeintritt

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eintritt so bald als möglich | <input type="checkbox"/> gewünschtes Eintrittsdatum_____ | |
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> Zweierzimmer | |
| <input type="checkbox"/> Daueraufenthalt | <input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt | <input type="checkbox"/> Tagesbetreuung |

Personalien

Name* _____ Vorname _____
*(bei Ehefrauen und Witwen auch Mädchenname)

Strasse _____ PLZ/Wohnort _____

Telefon _____ Schriften in _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Zivilstand _____ Heimatort _____

AHV-Nr. _____ Konfession _____

Aufenthaltsort* _____ Beruf _____
*(Spital, Reha-Klinik, etc.)

Partner

Name/Vorname _____

Strasse/PLZ/Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

E-Mail _____ Natel _____

Gesetzlicher Vertreter

Name/Vorname _____

Strasse/PLZ/Ort _____

Telefon P. _____ Telefon G. _____

E-Mail _____ Natel _____

Hausarzt / Krankenkasse

Hausarzt _____

Krankenkasse _____

Adresse _____ Versicherten-Nr. _____

Angehörige

Name/Vorname

Beziehungsgrad

Strasse/PLZ/Ort

Telefon

Natel

Name/Vorname

Beziehungsgrad

Strasse/PLZ/Ort

Telefon

Natel

Name/Vorname

Beziehungsgrad

Strasse/PLZ/Ort

Telefon

Natel

Rechnungsempfänger / Korrespondenzadresse

Name/Vorname

Beziehungsgrad

Strasse/PLZ/Ort

Telefon

Natel

Ich wünsche das folgende Abrechnungsverfahren:

LSV / DebitDirect (Lastschriftverfahren)

Faktura

Persönliche Bemerkungen

Ort / Datum

Unterschrift

Beim Heimeintritt einzureichende Unterlagen

ärztliches Aufnahmezeugnis

ev. ausgefülltes LSV-Formular

Kopie Krankenkassenpolice

ev. Patientenverfügung

Kopie Police Privathaftpflicht-Versicherung

Ärztliches Aufnahmezeugnis

Personalien

Name / Vorname _____

Wohnort _____ Strasse/Nr. _____

Geburtsdatum _____ Hilflos seit _____

Krankenkasse _____ Versicherten Nr. _____

Besondere Bestimmungen

- Personen mit schweren Geisteskrankheiten können nicht aufgenommen werden.
- Dauert die Wartefrist länger, so kann ein neues Arztzeugnis verlangt werden.
- Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Pflegebedürftigkeit

	nein	teilweise	vollständig
- Hilfe			
beim Aufstehen	q	q	q
bei der täglichen Toilette	q	q	q
beim Ankleiden	q	q	q
beim Gehen	q	q	q
beim Essen	q	q	q
beim Benützen der Toilette	q	q	q
- Hilfsmittel			
Stöcke/Gehböckli	q	q	q
Rollstuhl	q	q	q
Dauerkatheter	q	q	q
Magensonde	q	q	q
andere: _____			

Wichtige körperliche und geistige Symptome

	rechts	links	beidseitig
Lähmung der Extremitäten:	q	q	q
Schwerhörigkeit:	q	q	q
Sehstörung: Art _____	q	q	q
	nein	ja	
Sprachstörung: Art _____	q	q	
Desorientierung: örtlich	q	q	
zeitlich	q	q	
Unruhe: tags	q	q	
nachts	q	q	
Zittern:	q	q	
Inkontinenz: Urin	q	q	
Stuhl	q	q	
Selbstgefährlichkeit:	q	q	
Süchtigkeit auf _____	q	q	
Allergie auf _____	q	q	

Gesundheitszustand (psychisch, physisch)

Kurze Anamnese

Aktuelle Diagnosen / Nebendiagnosen (mit Datum der Diagnosestellung)

Stadium der Erkrankung und kurzer Verlauf

Getroffene Abklärungen (z.B. Mini-Mental-Test bei Demenzdiagnose)

Therapeutische Ziele

Informationsstand des Bewohners und deren Angehörigen

Soziale Angaben

Gewünschte Behandlung im Pflegeheim

Medikamente: _____

Diät: _____

Physiotherapie: _____

Weitere Behandlungsmassnahmen: _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Fragebogen für Angehörige

Sehr geehrte Angehörige

Mit der Beantwortung der folgenden Fragen helfen Sie uns, den Heimeintritt und den weiteren Heimaufenthalt Ihrer/Ihres Angehörigen optimal vorzubereiten.

Bewohner / Bewohnerin

Name, Vorname

Essen und Trinken

Lieblingsspeisen

Lieblingsgetränke

Abneigungen

Lebensmittelallergien

Essenszeiten: Frühstück Mittagessen Abendessen

Zwischenmahlzeiten

Lebensrhythmus und Gewohnheiten

Mittagsschlaf regelmässig von: bis: unregelmässig

Nachtschlaf regelmässig von: bis: unregelmässig

Schlafhilfen und -gewohnheiten

Körperpflege: waschen am Lavabo duschen baden

unregelmässig regelmässig → Rhythmus

Bekleidungsgeohnheiten

Beschäftigung, Hobbies

Coiffure / Pédicure

Gewünschte Coiffeur-Besuche: Wochen/Monate

Gewünschte Coiffeur-Dienstleistung:

Gewünschte Pédicure-Besuche: Wochen/Monate

Verschiedenes

Gewünschte Kosmetik- und Pflegeprodukte Heimangebot Eigene Produkte

Persönliches Telefon im Zimmer gewünscht? ja nein

Persönlicher Fernseher im Zimmer gewünscht? ja nein

Eigenheiten und spezielle Wünsche

Verschlechterung des Allgemeinzustandes / Ableben

Ist eine aktuelle Patientenverfügung vorhanden ja nein Beratung erwünscht

Wer soll bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes benachrichtigt werden?

Name/Vorname

Telefon P. Telefon G. Natel

Benachrichtigung bei nahendem Tod auch in der Nacht? ja nein

Soll ein Pfarrer/Seelsorger aufgebeten werden? ja nein

Name Pfarrer/Seelsorger Telefon

Betreuung/Begleitung durch Hospiz-Dienst erwünscht? ja nein

Bekleidung nach dem Ableben: persönliche Kleider Totenhemd

Bestattungsart Erdbestattung Kremation

Sarg reich verziert Standard

Ort, Datum

Unterschrift