

# 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* <small>*(bei Ehefrauen und Witwen auch Mädchenname)</small>	Vorname
--	---------

Strasse	PLZ/Wohnort
---------	-------------

Telefon	Schriften in
---------	--------------

Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	------------

Zivilstand	Heimatort
------------	-----------

AHV-Nr.	Konfession
---------	------------

Aufenthaltsort* <small>*(Spital, Reha-Klinik, etc.)</small>	Beruf
--	-------

## 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

---

Bekleidungs-gewohnheiten

---

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