

Anmeldeformular

Heim Eintritt

- ☐ Eintritt sobald als möglich
☐ Einzelzimmer
☐ Daueraufenthalt

- ☐ gewünschtes Eintrittsdatum _____
☐ Zweierzimmer
☐ Ferienaufenthalt ☐ Tagesbetreuung

Personalien

Name *

Vorname

*(bei Ehefrauen und Witwen auch Mädchennamen)

Straße

PLZ/ Wohnort

Telefon

Schreiben in

Geburtsdatum

Geburtsort

Zivilstand

Heimart

AHV-Nr.

Konfession

Aufenthaltsort*

Beruf

*(Spital, Reha-Klinik, etc.)

Partner

Name / Vorname

Straße / PLZ/ Wohnort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Telefon

Gesetzlicher Vertreter

Name / Vorname

Straße / PLZ/ Ort

Telefon P.

Telefon G.

E-Mail

Telefon

Hausrzt / Krankenkasse

Hausrzt

Krankenkasse

Adresse

Versicherungs-Nr.

Angehörige

Name / Vorname

Beziehungsgrad

Straße / PLZ / Ort

Telefon

Telefax

Name / Vorname

Beziehungsgrad

Straße / PLZ / Ort

Telefon

Telefax

Name / Vorname

Beziehungsgrad

Straße / PLZ / Ort

Telefon

Telefax

Rechnungsempfänger / Korrespondenzadresse

Name / Vorname

Beziehungsgrad

Straße / PLZ / Ort

Telefon

Telefax

Ich wünsche das folgende Abrechnungsverfahren:

☐ LSV / DebitDirekt (Lastrichtverfahren)

☐ Faktura

Persönliche Bemerkungen

Ort / Datum

Unterschrift

Beim Heimetritt 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 _____ Hilfsloseit _____

Krankenkasse _____ Versicherten Nr. _____

Besondere Bestimmungen

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

Pflegebedürftigkeit

		nein	teilweise	vollständig
- Hilfe	beim Aufstehen	q	q	q
	beider 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

Geworfene 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

Lieblingseetränke

Abneigungen

Lebensmittelallergien

Essenszeiten: Frühstück Mittagessen Abendeessen

Zwischensnackzeiten

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 Coiffur-Besuche: _____ alle _____ Wochen/Monate

Gewünschte Coiffur-Dienstleistung: _____

Gewünschte Pédicure-Besuche: _____ alle _____ 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 beinahe dem Tode auch in der Nacht? ☐ ja ☐ nein

Soll ein Pfarrer/Seelsorger aufgebeten werden? ☐ ja ☐ nein

Name Pfarrer/Seelsorger _____ Telefon _____

Betreuung/Begleitung durch Hospiz-Dienste erwünscht? ☐ ja ☐ nein

Bekleidung nach dem Ableben: ☐ persönliche Kleider ☐ Totenhemd

Bestattungsort ☐ Erdbestattung ☐ Kremation

Sarg ☐ reich verziert ☐ Standard

Ort, Datum _____ Unterschrift _____