

Anmeldeformular

Vorsorgliche Anmeldung

Dringende Anmeldung

Bitte füllen Sie für die Anmeldung eines Hospizaufenthaltes folgende Punkte aus:

STAMMDATEN

Name	Vorname	
Adresse	PLZ / Ort	
Gesetzlicher Wohnsitz	Heimatort	
Tel. Nr.	Geburtsdatum	
Sozialvers.-Nr. 756.	Ehem. Beruf	
Konfession	Zivilstand	
Familiename / Vorname(n) Vater		
Mädchenname / Vorname(n) Mutter		
Besitzen Sie eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besitzen Sie einen Vorsorgeauftrag?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Mitglied einer Sterbeorganisation?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

LEBENSFORM

Allein lebend	<input type="checkbox"/>
Mit Ehepartner/in Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/> Name / Vorname:
Mit Personen im gleichen Haushalt lebend	<input type="checkbox"/> Name / Vorname:

VERTRAUENSPERSONEN (Angehörige oder gesetzl. Vertreter)

1. Vertrauensperson	Name	Vorname
	Adresse	PLZ / Ort
	Tel. Nr.	E-Mail
	Verwandtschaftsgrad / Beziehungsgrad / Beistand (bitte Vollmacht / Unterlagen beilegen)	

2. Vertrauensperson	Name	Vorname
	Adresse	PLZ / Ort
	Tel. Nr.	E-Mail
	Verwandtschaftsgrad / Beziehungsgrad / Beistand (bitte Vollmacht / Unterlagen beilegen)	

KRANKENVERSICHERUNG

Name	Police-Nr.
Adresse	PLZ / Ort

ÄRZTE

Hausarzt
Zahnarzt
Augenarzt

BESTEHENDE UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE

Beziehen Sie Spitexleistungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beziehen Sie eine IV- oder eine AHV-Rente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

RECHNUNGSSTELLUNG UND POSTZUSTELLUNG

direkt an den Bewohner/die Bewohnerin an folgende Person

Name	Vorname
Adresse	PLZ / Ort
Tel. Nr.	E-Mail
Verwandtschaftsgrad / Beziehungsgrad / Beistand	

GESUNDHEITSFragen

DIAGNOSEN

MEDIKAMENTE (zur Zeit der Anmeldung)

	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

VERLEGUNG INS HOSPIZ

- Privatauto
 Im Rollstuhl mit Bus
 Ambulanz

ERHEBUNG DER SELBSTSTÄNDIGKEIT

Körperpflege	ja	nein
Ganzkörper waschen selbstständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper waschen selbstständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intim waschen selbstständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beine waschen selbstständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganzkörper anziehen selbstständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper anziehen selbstständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterkörper anziehen selbstständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stützstrümpfe anziehen selbstständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen selbstständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege selbstständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagelpflege selbstständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege selbstständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung:		

Essen	ja	nein
Selbstständig essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führen beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen eingeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung:		

Behinderungen / Einschränkungen	ja	nein
Sehbehindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörbehindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amputiert / Prothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo:		

Mobilität		
	ja	nein
Selbstständig gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständig gehen mit Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen selbstständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sturzrisiko vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständig im Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständig bei der Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitus gefährdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1HP	2HP
Gehen mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagerung mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausscheidung		
	ja	nein
Urin lösen selbstständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlen selbstständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Welche Form:</i>		
Inkontinenzeinlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Welche:</i>		
Bemerkung:		

Zu- und Ableitungen		
	ja	nein
Drainagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Welche:</i>		
Ernährungssonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Welche:</i>		
Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Welche:</i>		
<i>Zutreffendes unterstreichen:</i>		
Blasenkatheter / Cystofix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZVK / PICC / Port-a-Cath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tracheostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauerstoff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Behinderungen / Einschränkungen		
	ja	nein
Kontrakturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wo:</i>		
Paresen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wo:</i>		
Sensibilitätsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wo:</i>		
Bemerkung:		

Hilfsmittel		
	ja	nein
Gehhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Welche:</i>		
Schienen / Orthesen / Gips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Welche:</i>		
Sehhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Welche:</i>		
Hörhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Welche:</i>		
Zahnprothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wo:</i>		
Kommunikationshilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Welche: (z.B. Schreibtafel, elektron. Geräte)</i>		
Bemerkung:		

Wunden / Verbände		
	ja	nein
Wunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wo:</i>		
Naht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wo:</i>		
Dekubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wo:</i>		
Vac-Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wo:</i>		
Spezielles Verbandsmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Welches:</i>		

Wahrnehmung und Verhalten			
Kommunikation	ja	teilweise	nein
Kommunikation verbal möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation nonverbal möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung			
Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wahrnehmung und Verhalten			
Verhältnisveränderungen /-auffälligkeiten	ja	teilweise	nein
<i>Welche:</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Suchtproblematik			
<i>Welche:</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Therapien		
	ja	nein
Kontinuierliche subcutan Infusion mit Spritzenpumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infusion i.v.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung via PEG Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Welche:</i>		
<i>Wieviel:</i>		

Interdisziplinäre Therapien	
Bisherige interdisziplinäre Therapien	
<input type="checkbox"/> Seelsorge	<input type="checkbox"/> Psychologische Begleitung und Coaching
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Tiergestützte Therapie
<input type="checkbox"/> Musik- / Klangtherapie	<input type="checkbox"/> Mal- / Kunsttherapie
<input type="checkbox"/> Hypnose	<input type="checkbox"/> Andere:
Gewünschte interdisziplinäre Therapien	
<input type="checkbox"/> Seelsorge	<input type="checkbox"/> Psychologische Begleitung und Coaching
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Tiergestützte Therapie
<input type="checkbox"/> Musik- / Klangtherapie	<input type="checkbox"/> Mal- / Kunsttherapie
<input type="checkbox"/> Hypnose	<input type="checkbox"/> Andere:

SOZIALDIENST / ANGEBOT ADMINISTRATIVE UNTERSTÜTZUNG

Über den Sozialdienst helfen wir Bewohner/innen und Angehörigen, deren administrativen sowie finanziellen Angelegenheiten zu regeln. Bitte füllen Sie hierzu folgende Fragen aus:

- Ich erledige meine administrativen Angelegenheiten selbstständig
- Meine Angehörigen erledigen meine administrativen Angelegenheiten
- Ich habe einen Beistand (Name und Adresse bitte bei der Rechnungsstellung angeben).
- Ich benötige Hilfe und nehme den Sozialdienst gerne in Anspruch

KOMMUNIKATION

- Wir bitten Sie um Mitteilung, wenn sich Ihre Situation ändert (z.B. Eintritt in ein anderes Heim).
- Ihre persönlichen Angaben werden gemäss Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) bearbeitet. Erfolgt kein Eintritt, werden sie gemäss DSG vernichtet.
- Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an die Institutionsleitung.

Datum: _____ Unterschrift: _____