

## Anmeldeformular

**Vorsorgliche Anmeldung**

**Dringende Anmeldung**

Bitte füllen Sie für die Anmeldung 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:		

<b>Mobilität</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>Behinderungen / Einschränkungen</b>
Selbstständig gehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontrakturen Wo:
Selbstständig gehen mit Hilfsmittel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treppensteigen selbstständig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paresen Wo:
Sturzrisiko vorhanden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selbstständig im Transfer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilitätsstörungen Wo:
Selbstständig bei der Lagerung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bettlägerig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bemerkung:
Dekubitus gefährdet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<b>1HP</b>	<b>2HP</b>	
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:				
<b>Ausscheidung</b>				<b>Hilfsmittel</b>
		<b>ja</b>	<b>nein</b>	Gehhilfen Welche:
Urin lösen selbstständig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schienen / Orthesen / Gips Welche:
Stuhlen selbstständig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inkontinenz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehhilfen Welche:
Welche Form:				
Inkontinenzeinlage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörhilfen Welche:
Welche:				
Bemerkung:				Zahnprothesen Wo:
				Kommunikationshilfen Welche: (z. B. Schreibtafel, elektron. Geräte)
<b>Zu- und Ableitungen</b>				Bemerkung:
		<b>ja</b>	<b>nein</b>	
Drainagen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welche:				
Ernährungssonde		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welche:				
Stoma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welche:				
<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"/>	
				<b>Wunden / Verbände</b>
				Wunde Wo:
				Naht Wo:
				Dekubitus Wo:
				Vac-Therapie Wo:
				Spezielles Verbandsmaterial Welches:

Wahrnehmung und Verhalten			
<b>Kommunikation</b>	<b>ja</b>	<b>teilweise</b>	<b>nein</b>
Kommunikation verbal möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation nonverbal möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Orientierung</b>			
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"/>

Veränderungen / Auffälligkeiten			
<b>Verhältnisveränderungen / -auffälligkeiten</b>	<b>ja</b>	<b>teilweise</b>	<b>nein</b>
<i>Welche:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Suchtproblematik</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Welche:</i>			

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

Interdisziplinäre Therapien	
<b>Bisherige interdisziplinäre Therapien</b>	
<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:
<b>Gewünschte interdisziplinäre Therapien</b>	
<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.

## ELEKTRONISCHES PATIENTENDOSSIER (EPD)

Haben Sie bereits ein elektronisches Patientendossier eröffnet?

- Ja  Nein

(Falls ja bitten wir Sie, Ihre Stationsleitung in der Funktion als Gesundheitsfachperson als Nutzer/-in für Ihre dort abgelegten Dokumente zu registrieren. Bei Fragen hierzu hilft Ihnen Ihre Stationsleitung gerne weiter.)

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_