

ANMELDE- FORMULAR



BE:.....Abt:.....
RE:.....E:.....
Dr.:.....T:.....
Ps.:.....A:.....

Name :..... Geburtsdatum :.....
Vorname :..... Zivilstand :.....
Wohnstrasse :..... Konfession :.....
PLZ/ Wohnort :..... Bürgerort :.....
Telefon Nr. :..... Schriften in :.....
Ehemaliger Beruf :..... Soz. Vers. Nr. :.....
Vornamen des Gatten:..... Hausarzt :.....
oder der Gattin

Gegenwärtiger Aufenthaltsort :.....
Angemeldet in anderem Heim:.....
Gewünschter Eintrittstermin :.....

Krankenkasse-Adresse:

Name :.....
PLZ/Ort :.....
Mitglied Nr. :.....
Zusatzversicherung :.....
allgemein/halbprivat/privat:.....

Bezugsperson:

Name :.....
Vorname :.....
Wohnstrasse :.....
PLZ/ Wohnort :.....
Telefonnummer :.....

Weitere Adressen von Bezugspersonen:

Verwandtschaftsgrad:	Name und Adresse:	Telefonnummer:
.....
.....

Rechnung senden an:

.....
.....

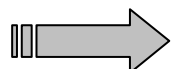
Ort, Datum:

Unterschrift:

(Die Unterzeichnete Person bezahlt oder veranlasst die Bezahlung der Rechnung)

05.11PS

bitte Rückseite beachten



Fragebogen zur Person (bitte zutreffende Merkmale kennzeichnen)

<p>A5 Angaben zur Person</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nie verheiratet <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Getrennt lebend <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/> _____ 	<p>A10 Patientenverfügung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine vorhanden <input type="checkbox"/> Schr. Verfügung vorhanden(aktuell) <input type="checkbox"/> Kopie vorhanden <input type="checkbox"/> Arzt ist informiert <input type="checkbox"/> Anpassung nötig <input type="checkbox"/> Wurde nie besprochen <input type="checkbox"/> Möchte keine Angaben machen 	<p>B3 Gedächtnis, Stand vor 7 Tagen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kann Jahreszeiten angeben <input type="checkbox"/> Kann eigenes Zimmer finden <input type="checkbox"/> Kann sich an Personen erinnern <input type="checkbox"/> Weiss, wo sie sich im Moment aufhält <input type="checkbox"/> Nichts zutreffend 	<p>B4 Fähigkeiten für die alltäglichen Entscheidungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Unabhängig und selbständig <input type="checkbox"/> Teilweise Unabhängig <input type="checkbox"/> Mittlere Beeinträchtigung (benötigt Hilfe) <input type="checkbox"/> Schwere Beeinträchtigung (trifft selten/nie Entscheidungen) 	<p>C1 Hören</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hört gut <input type="checkbox"/> Leichte Schwierigkeiten in unruhigem Umfeld <input type="checkbox"/> Hört nur mit entsprechender Tonlage <input type="checkbox"/> Ist sehr stark beeinträchtigt und hört fast nichts
<p>C2 Kommunikation/Hören</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hat Hörhilfe und benutzt sie <input type="checkbox"/> Hat Hörhilfe und benutzt sie nicht <input type="checkbox"/> Benutzt andere Technik <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/> _____ 	<p>D1 Sehen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gut, sieht kleine Details <input type="checkbox"/> Leichte Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Mittlere Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Starke Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Blindheit 	<p>D3 Sehhilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Benutzt keine Sehhilfe <input type="checkbox"/> Benutzt Sehhilfe 	<p>E1k Schlaflosigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zeigte sich nicht <input type="checkbox"/> Zeigte sich nur an fünf oder wenigen Tagen <input type="checkbox"/> Zeigte sich täglich oder fast täglich 	<p>J4 Unfälle</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sturz in den letzten 30 Tagen <input type="checkbox"/> Sturz in den letzten 31 bis 180 Tagen <input type="checkbox"/> Hüftnahe Fraktur bekannt <input type="checkbox"/> Andere Frakturen <input type="checkbox"/> Nichts bekannt
<p>K1 Mundbereich</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kauprobleme <input type="checkbox"/> Schluckprobleme <input type="checkbox"/> Schmerzen im Mund <input type="checkbox"/> Nichts bekannt 	<p>K4 Ernährung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klagt über Geschmack vieler Speisen <input type="checkbox"/> Klagt regelmässig über Hunger <input type="checkbox"/> Lässt 25% oder mehr des Essens stehen <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Nichts bekannt 	<p>L1 Zähne</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trägt Vollprothese <input type="checkbox"/> Trägt Teilprothese die zum reinigen entfernt werden kann <input type="checkbox"/> Hat noch alles eigene Zähne <input type="checkbox"/> Zahnschäden vorhanden <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/> _____ 	<p>M4 Hauptprobleme</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abschürfungen oder blaue Flecken <input type="checkbox"/> Verbrennungen <input type="checkbox"/> Offene Wunden <input type="checkbox"/> Hautrisse oder Schnittwunden <input type="checkbox"/> Pflegerelevante Operationswunden <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Nichts bekannt 	<p>M6 Fussprobleme</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Schäden an Haut oder Nägel <input type="checkbox"/> Art _____ <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Nichts bekannt
<p>N3 Aufenthalt/Wohlfühlen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alleine im Zimmer <input type="checkbox"/> In der Gesellschaft <input type="checkbox"/> Ausserhalb der Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Draussen <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/> _____ 	<p>N4 Beschäftigung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kartenspiele <input type="checkbox"/> Handarbeit <input type="checkbox"/> Sport/Turnen <input type="checkbox"/> Musik <input type="checkbox"/> Lesen/Schreiben <input type="checkbox"/> Ausflüge <input type="checkbox"/> Reisen/Einkaufen 	<p>N4 Beschäftigung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Religiöse Aktivitäten <input type="checkbox"/> Spaziergänge/ Rollstuhl fahren im freien <input type="checkbox"/> Fernsehen <input type="checkbox"/> Computer <input type="checkbox"/> Gespräche 	<p>N4 Beschäftigung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gartenarbeit/ Pflanzenpflege <input type="checkbox"/> Anderen helfen 	<p><i>Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!</i></p>