

# 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:

.....  
.....

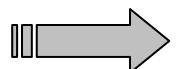
Ort, Datum:

Unterschrift:

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

05.11PS

bitte Rückseite beachten



# Fragebogen zur Person (bitte zutreffende Merkmale kennzeichnen)

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