

# 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:

.....  
.....

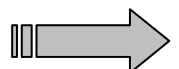
Ort, Datum:

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