

PERSONALIEN:

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Beruf: _____

Telefon-Nummer: _____ Natel-Nummer: _____

Geburtsdatum: _____

SV-Nummer: 756. _____

Bürgerort: _____

Zivilstand: _____

Konfession: _____

Hausarzt: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr. _____

Adresse: _____

Privat Halbprivat Allgemein

Krankheiten/Beschwerden _____

Patientenverfügung Ja Nein

Bei Ja: Eine Kopie der Patientenverfügung ist beim Eintritt abzugeben.

Gemäss Erwachsenenschutzgesetz sind alle in einem Institut lebenden Menschen aufgefordert, eine persönliche Patientenverfügung zu erstellen. Die Ärzte oder Heimleitung können Sie gerne beraten.

Aufenthaltsform: definitiver Eintritt Kurzetaufenthalt

Dringlichkeit des Eintritts: sofort demnächst vorsorglich

Eintrittsdatum: _____ Austrittsdatum: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift _____

BIOGRAPHIE/LEBENSGEWOHNHEITEN (KURZFASSUNG LEBENS LAUF, WOHN S ITZ, HOBBY USW.)

VERTRETER PERSÖNLICHER ANLIEGEN

Kontaktadresse::	Beziehungsgrad:	_____
	Name:	_____
	Vorname:	_____
	Adresse:	_____
	PLZ und Ort:	_____
	Telefon privat:	_____
	Telefon Geschäft:	_____
	Telefon Mobile:	_____
	Email:	_____

VERTRETER FINANZIELLE ANLIEGEN (RECHNUNGSEMPFÄNGER)

Kontaktadresse:	Beziehungsgrad:	_____
	Name:	_____
	Vorname:	_____
	Adresse:	_____
	PLZ und Ort:	_____
	Telefon privat:	_____
	Telefon Geschäft:	_____
	Telefon Mobile:	_____
	Email:	_____

ANGEHÖRIGE (ADRESSEN NÄCHSTER ANGEHÖRIGER UND/ODER KONTAKTPERSON NACH IHREN PRIORITÄTEN)

Kontaktadresse: Beziehungsgrad: _____

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon Geschäft: _____

Telefon Mobile: _____

Email: _____

Kontaktadresse: Beziehungsgrad: _____

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon Geschäft: _____

Telefon Mobile: _____

Email: _____

INFORMATIONEN (VERWALTUNG + PFLEGE)

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen?

ja ja, seit nein wird beantragt

Beziehen Sie bereits Hilflosenentschädigung?

ja ja, seit nein wird beantragt

Gemäss Taxordnung erfolgt die Zahlung der Monatsrechnung mit LSV (Lastschriftverfahren)
Das Formular wird mit dem Vertrag zugestellt.

Bank: _____ IBAN _____

Die Zimmer sind nicht mit einem Fernseh- oder Radiogerät ausgestattet, ausser bei Kurzaufenthalt.

Schauen Sie regelmässig TV? ja nein

Hören Sie Radio? ja gelegentlich nein

Telefonieren Sie regelmässig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
Taschengeldverwaltung am Empfang erwünscht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Verwendete Hilfsmittel				
<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Sehlinsen	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Hörgerät
<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> anderes			

Haben Sie Diätkost	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?	
Haben Sie Nahrungsunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?	
Haben Sie sonstige Allergien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?	
Gehen Sie regelmässig zur Nagel- und Fusspflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie regelmässig Medikamente? <i>(Hinweis: im Hause müssen die verordneten Medikamente durch das Personal gerichtet und verabreicht werden)</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
Lesen Sie Zeitungen / Zeitschriften?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
Wann gehen Sie zu Bett?	Uhrzeit:		
Welche Ruhe und Schlafrituale haben Sie?		
Was ist Ihre Lieblingsbeschäftigung?	<input type="checkbox"/> lesen <input type="checkbox"/> stricken <input type="checkbox"/> PC	<input type="checkbox"/> Gespräche <input type="checkbox"/> allein sein <input type="checkbox"/> Rätsel lösen	<input type="checkbox"/> Besucher <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/>
Gehen Sie regelmässig in den Gottesdienst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Halten Sie sich gerne in freier Natur auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Mögen Sie Ausflüge?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nahe Region <input type="checkbox"/> entfernte Region <input type="checkbox"/> beides	<input type="checkbox"/> nein
Wie verbringen Sie die Feiertage (Ostern, Weihnachten, Geburtstage usw.)			
.....			
.....			
Was sollten wir unbedingt von Ihnen wissen?			
.....			
.....			