

PERSONALIEN:

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Beruf: _____

Telefon-Nummer: _____ Natel-Nummer: _____

Geburtsdatum: _____

SV-Nummer: 756. _____

Bürgerort: _____

Zivilstand: _____

Konfession: _____

Hausarzt: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr. _____

Bitte Kopie der Krankenkassen-Karte beilegen

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: | _____ |

Taschengeldverwaltung am Empfang erwünscht?

ja nein

Verwendete Hilfsmittel

Brille Sehlinsen Rollator Rollstuhl Hörgerät
 Gehstock anderes

Haben Sie Diätkost ja nein Welche?

Haben Sie Nahrungsunverträglichkeiten ja nein Welche?

Haben Sie sonstige Allergien ja nein Welche?

Gehen Sie regelmässig zur Nagel- und Fusspflege ja nein

Nehmen Sie regelmässig Medikamente?
(Hinweis: im Hause müssen die verordneten
Medikamente durch das Personal gerichtet und
verabreicht werden) ja nein

Rauchen Sie? ja gelegentlich nein

Lesen Sie Zeitungen / Zeitschriften? ja gelegentlich nein

Wann gehen Sie zu Bett? Uhrzeit:
Welche Ruhe und Schlafrituale haben Sie?
.....
.....

Was ist Ihre Lieblingsbeschäftigung? lesen Gespräche Besucher
 stricken allein sein keine
 PC Rätsel lösen

Gehen Sie regelmässig in den Gottesdienst? ja nein

Halten Sie sich gerne in freier Natur auf? ja nein

Mögen Sie Ausflüge? ja nahe Region nein
 entfernte Region beides

Wie verbringen Sie die Feiertage (Ostern, Weihnachten, Geburtstage usw.)
.....
.....
.....

Was sollten wir unbedingt von Ihnen wissen?
.....
.....