

- Langzeitpflege Ferien
 Abteilung für Menschen mit Demenz Überbrückungspflege

Personalien – durch Antragsteller/in oder Angehörige auszufüllen

Name, Vorname _____ Lediger Name _____
AHV-Nr. _____ Nationalität _____
Geburtsdatum _____ Zivilstand _____ Heimatort _____
Strasse _____ PLZ/Ort _____
Telefon _____ Früherer Beruf _____
Konfession _____ Krankenkasse _____
Adresse Krankenkasse _____ Versicherten-Nr _____
 Mehrbettzimmer 2-Bett-Zimmer Einzelzimmer
Dringlichkeit Notfall Baldmöglichst Warteliste
Ferien Dauer von _____ bis _____
Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? Nein Ja wenn ja: mittel schwer
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? Nein Ja
Hausarzt _____ Adresse _____
Telefon _____

Wer ist für die finanziellen Angelegenheiten zuständig?

Name, Vorname _____
Strasse _____ PLZ/Ort _____
Telefon privat _____ Natel _____ Geschäft _____
Verwandtschaftsgrad _____ E-Mail _____

Angehörige / Freunde / Bezugspersonen

1. Bezugsperson

Name, Vorname _____
Strasse _____ PLZ/Ort _____
Telefon privat _____ Natel _____ Geschäft _____
Verwandtschaftsgrad _____ E-Mail _____

2. Bezugsperson

Name, Vorname _____
Strasse _____ PLZ/Ort _____
Telefon privat _____ Natel _____ Geschäft _____
Verwandtschaftsgrad _____ E-Mail _____

Allgemeine Bemerkungen, Wünsche usw. _____

Ort, Datum _____

Unterschrift Antragsteller/-in, Angehörige

Anmeldeformular Stiftung Amalie Widmer

Bitte bringen Sie am Eintrittstag einen detaillierten Überweisungsbericht (von Spitex, Spital oder anderen Institutionen) sowie die verordneten Medikamente mit. Bei Langzeit- und Überbrückungspflege für mindestens drei Tage, bei Ferien für die Dauer des gesamten Aufenthaltes.

Angaben zur Pflegebedürftigkeit (Zutreffendes bitte ankreuzen)

				selb- ständig	teil- weise	unselb- ständig
Sehschwäche	<input type="checkbox"/>	Blindheit	<input type="checkbox"/>	tägl. Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	Taubheit	<input type="checkbox"/>	Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>			An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halbseitenlähmung	<input type="checkbox"/>			Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwirrtheit	<input type="checkbox"/>					
Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>					
Unruhe tagsüber	<input type="checkbox"/>	nachts	<input type="checkbox"/>		Ja	Nein
Depr. Verstimmung	<input type="checkbox"/>			Wundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	Nikotin	<input type="checkbox"/>	Katheträger/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>			Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
welche _____				Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien in Bezug auf Haustiere	<input type="checkbox"/>			benötigt einen Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				benötigt eine Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Art der Gehhilfe _____		

Verpflegungsart

Normal Diabetes Püriert Turmix

Sonde Art _____

Spezielles _____

Nicht vollständig ausgefüllte Formulare werden zurückgeschickt.

Name des Arztes _____ Telefon _____

Name Bewohner/in _____

Diagnosen

Reanimation Ja Nein

Patientenverfügung Ja Nein

Medikamentöse Therapie

Weitere Verordnungen

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel des Arztes