



**Alters- und Pflegeheim
Bettlach-Selzach
Baumgarten
2544 Bettlach**

:

ANMELDEFORMULAR

Name _____

Vorname _____

Datum der Anmeldung _____

Anmeldung als:

TagesaufenthalterIn

FerienaufenthalterIn

DaueraufenthalterIn

Gewünschtes Eintrittsdatum _____

1. Personalien

| | |
|-------------------|------------------|
| Name _____ | Vorname _____ |
| Strasse _____ | Geb.-Datum _____ |
| Wohnort* _____ | seit wann _____ |
| Telefon _____ | Heimatort _____ |
| Zivilstand _____ | Konfession _____ |
| Ehem. Beruf _____ | AHV-Nr. _____ |

Bitte Kopie des AHV-Ausweises beilegen

Momentaner Aufenthaltsort _____

*) Zivilrechtlicher Wohnsitz

Bemerkungen: _____

Adresse von Angehörigen oder sonstigen Vertrauens- und Bezugspersonen

| | |
|-----------------|-----------------|
| Name: _____ | Name: _____ |
| Vorname: _____ | Vorname: _____ |
| Strasse: _____ | Strasse: _____ |
| PLZ, Ort: _____ | PLZ, Ort: _____ |
| Tel.-Nr.: _____ | Tel.-Nr.: _____ |
| E-Mail: _____ | E-Mail: _____ |

| | |
|---|---|
| Verwandschaftsgrad: _____ | Verwandschaftsgrad: _____ |
| (Tochter, Sohn, Enkel etc.) (Tochter, Sohn, Enkel etc.) | (Tochter, Sohn, Enkel etc.) (Tochter, Sohn, Enkel etc.) |

Bemerkungen: _____

Gesetzliche Vertreter

Name, Funktion, Adresse, E-Mail, Telefon

Rechnung senden an:

(Name, Adresse)

Anmeldung erfolgt durch:

(bitte ankreuzen)

Selber

Angehörige (Bezugsperson)

(PartnerIn, Tochter, Sohn, Enkel etc.)

Spital

SachbearbeiterIn

Spitex

SachbearbeiterIn

Vormundsbehörde / Beistand

SachbearbeiterIn

Andere

Wenn ja, welche?

Bemerkungen:

Spitexbetreuung vor Eintritt ins Heim:

Ja

nein

Bezug von Hilfslosenentschädigung:

Ja

nein

Anmeldung Ergänzungsleistung bereits erfolgt:

Ja

nein

2. Versicherungen / Ausweise

Krankenversicherung

Name: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.-Nr.: _____

Sektion: _____

Mitglied.-Nr.: _____

Bitte Kopie Krankenkassenausweis beilegen

Unfallversicherung

Name: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.-Nr.: _____

Sektion: _____

Mitglied.-Nr.: _____

3. Ärzte / Medizinisches

Behandelnder Arzt (Hausarzt)

Name _____

Strasse _____

Tel.-Nr. _____

Dort in Behandlung seit: _____

Vorname _____

PLZ/Ort _____

Spezialärzte

Name _____

Strasse _____

Tel.-Nr. _____

Dort in Behandlung seit: _____

Grund? _____

Vorname _____

PLZ/Ort _____

Spitalaufenthalte

| Spital | von | bis | Grund | Arzt |
|--------|-----|-----|-------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Letzte (Spezial-)ärztliche Behandlung:

Wann? _____ Wo? _____

Warum? _____

Ärztlich verordnete Medikamente:

| Name des Medikaments | Form | Morgen | Mittag | Abend | Nacht |
|----------------------|------|--------|--------|-------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Andere Massnahmen medizinischer und therapeutischer Art:

(z.B. Tests, Operation, Physiotherapie, Sprechstunden bei Psychiater etc. mit Name, Ort, Datum).

Instanzen, welche sich bisher ambulant mit dem Angemeldeten befasst haben und/oder weitere Auskünfte geben können:

Wer ist zuständig Organisation und Begleitung zu Terminen ausser Haus? Gibt es bereits Termine die vereinbart sind?

4. Fragen betreffend Betreuung und Pflege

Welche Art von körperlichen Einschränkungen, Mobilitätsbehinderung hat der /die Angemeldete?

Welche Hilfsmittel sind notwendig?

| | Ja | Nein | teilweise; wann/wo |
|-----------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Rollator | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Rollstuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Gehstöcke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Schienen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Andere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Ist Diät notwendig?

Wenn ja, welche: _____

Notwendige Pflege / Betreuung

| | Ja | Nein | teilweise; wann/wo |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Dauernd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Tagsüber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Nachts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Braucht Überwachung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Wann | | | <input type="text"/> |

Die Einschränkungen wirken sich gegenüber den Anforderungen im Alltag wie folgt aus:
(zutreffendes ankreuzen)

| | Ja | Zum Teil | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kann selbständig essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann Essen selbständig zerkleinern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann sich waschen (duschen, baden, Haare waschen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann sich an-/auskleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann zur Toilette gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann gehen ohne Hilfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann gehen mit Stöcken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann Treppen steigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bestehende Sinnesbehinderungen:
(z.B. Seh- Hör- und Sprachbeeinträchtigung)

Psychische Behinderung/schwieriges Verhalten:
(Art der Behinderung und des Verhaltens: Ängste, Phobien etc.)

Neurobiologische / Dementielle Erkrankungen:

(Art der Behinderung und des Verhaltens)

Weitere Einschränkungen oder Allergien:

(z.B. gestörte Blasen- Darmfunktion, Ausschläge, Allergien, Lebensmittelunverträglichkeit, Atemprobleme, Dauertherapie)

5. Ergänzende Informationen

Eventuelle spezielle familiäre Situation:

Evtl. besondere Erwartungen der einweisenden Stelle an den vorgesehenen Heimaufenthalt:

Ergänzende Angaben:

(Eigenarten, nennenswerte Reaktionen auf bestimmte Situationen etc.)

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Heimleitung, beim Hausarzt und den anderen aufgeführten Institutionen nach Bedarf weitere Auskünfte einzuholen.

Ihre Anmeldeunterlagen werden von uns streng vertraulich behandelt.

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

Einsenden an:

**ALTERS- UND PFLEGEHEIM
BAUMGARTEN**
Dorfplatz 3
2544 Bettlach

P.S

Sollte die Anmeldung infolge Todesfalls oder Eintritt in ein anderes Heim hinfällig werden, dann wären wir um eine entsprechende Mitteilung dankbar.