



## Anmeldung Ferien- und Tagesaufenthalt

Feriengast    Tagesgast   Datum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Anmeldende Person

Name:	_____	Konfession:	_____
Vorname:	_____	Heimatort:	_____
Geb. Datum:	_____	Angemeldet in	_____
Zivilstand:	_____	Gemeinde:	_____
Adresse:	_____	AHV-Nr.:	_____
PLZ/Wohnort:	_____	Krankenkasse:	_____
Telefon:	_____	Polisen Nummer:	_____

### Angehörige/Bezugspersonen

Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon Privat: \_\_\_\_\_  
Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### Rechnungsempfänger

Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

- Ehepartner/Partner    Sohn    Tochter  
 Bruder    Schwester    Bekannte

### Erreichbarkeit der Angehörigen während des Aufenthaltes

Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

- Ehepartner/Partner    Sohn    Tochter  
 Bruder    Schwester    Bekannte

### Hausarzt

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_

Ist eine Patientenverfügung vorhanden?  ja  nein

### Wohnsituation

Wohnung

Haus

Alterswohnung mit Dienstleistungsangeboten  ja  nein

Wohngemeinschaft

Lift

Treppe, Anzahl Stufen \_\_\_\_\_, Etage \_\_\_\_\_

### Ambulante Dienstleistungsangebote ja nein

Spitex

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Hauswirtschaft  ja  nein

Pflege und Betreuung  ja  nein

Häufigkeit des Einsatzes: \_\_\_\_\_

Mahlzeitendienst

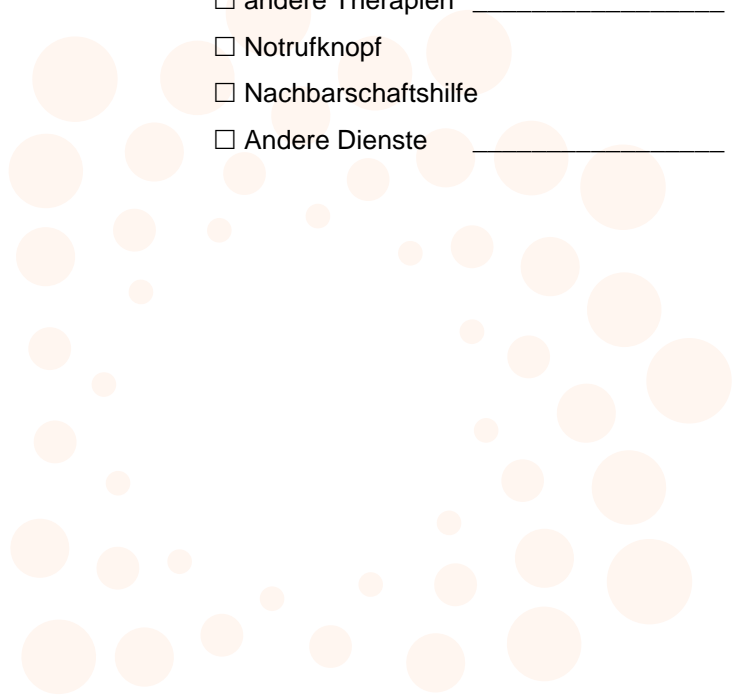
Physiotherapie  Ergotherapie

andere Therapien \_\_\_\_\_

Notrufknopf

Nachbarschaftshilfe

Andere Dienste \_\_\_\_\_



## Körperpflege

- sich an- und ausziehen  
unselbstständig

selbstständig  teilw. selbstständig

- sich waschen  
unselbstständig

selbstständig  teilw. selbstständig

- sich duschen  
unselbstständig

selbstständig  teilw. selbstständig

- Toilette benutzen  
unselbstständig

selbstständig  teilw. selbstständig

Spezielles: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

## Ernährung

- essen einnehmen, kauen, schlucken  
unselbstständig

selbstständig  teilw. selbstständig

- genügend trinken  
unselbstständig

selbstständig  teilw. selbstständig

Spezielles: \_\_\_\_\_

Diät: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Zahnprothesen

## Bewegung

- aufstehen / hinsetzen  
unselbstständig

selbstständig  teilw. selbstständig

- stehen / gehen  
unselbstständig

selbstständig  teilw. selbstständig

- Treppensteigen  
unselbstständig

selbstständig  teilw. selbstständig

- hinlegen / aufstehen  
unselbstständig

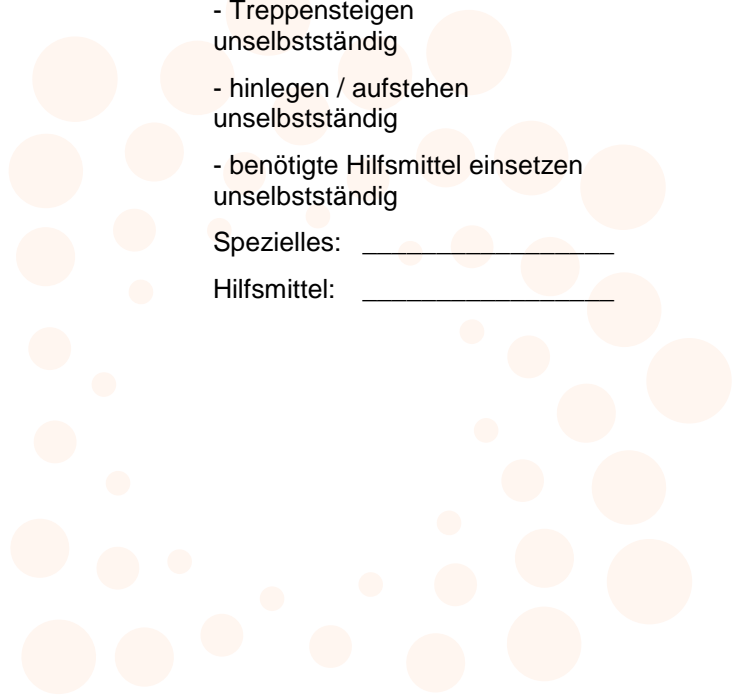
selbstständig  teilw. selbstständig

- benötigte Hilfsmittel einsetzen  
unselbstständig

selbstständig  teilw. selbstständig

Spezielles: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_



### Atmung

unauffällig

Atemnot

Auswurf

Spezielles: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

### Kommunikation

- sprechen  selbstständig  teilw. selbstständig   
unselbstständig

- sich nonverbal ausdrücken  selbstständig  teilw. selbstständig   
unselbstständig

- hören, verstehen  selbstständig  teilw. selbstständig   
unselbstständig

- sehen  selbstständig  teilw. selbstständig   
unselbstständig

Spezielles: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel: Hörapparat   
Brille

### Schlafen und Ruhen

- Einschlaf- und Schlafgewohnheiten pflegen  selbstständig  teilw. selbstständig   
unselbstständig

- Schlafhilfen benutzen  selbstständig  teilw. selbstständig   
unselbstständig

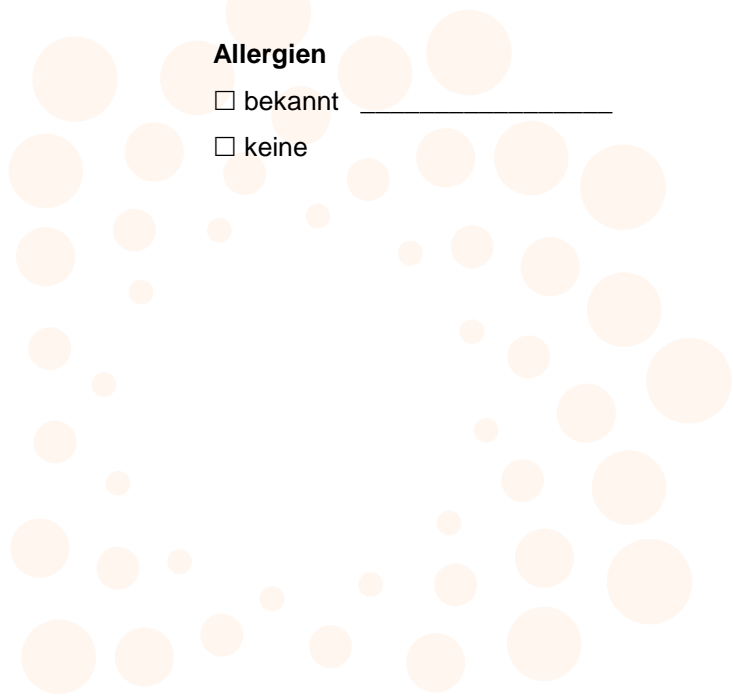
Spezielles: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

### Allergien

bekannt \_\_\_\_\_

keine



**Bemerkungen (Biografie, spezielle Gewohnheiten, soziale Situation)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Wichtige Termine**

---

---

---

**Beizulegende Unterlagen**

Bitte bei Anmeldung zum Eintritt als Bewohner oder Mieter folgende Unterlagen beilegen:

- Kopie Krankenkassenkarte (Vor- und Rückseite)
- Kopie der Patientenverfügung

Ort, Datum:

---

Unterschrift:

---