



Anmeldeformular

Ferienaufenthalt

Datum: von _____ bis _____

Anmeldende Person	
Name: _____	Heimatort: _____
Vorname: _____	Zivilstand: _____
Geb. Datum: _____	Konfession: _____
Adresse: _____	E-Mail: _____
PLZ / Wohnort _____	Telefon: _____
AHV-Nr. _____	Krankenkasse _____
Angemeldet in _____	Policen _____
Gemeinde _____	Nummer _____

Angehörige / Bezugsperson	
1. Ansprechperson Kontakt, der während dem Ferienaufenthalt im Notfall avisiert werden soll.	2. Ansprechperson
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
PLZ/Wohnort: _____	PLZ/Wohnort: _____
Telefon Privat: _____	Telefon Privat: _____
Telefon Geschäft: _____	Telefon Geschäft: _____
Handy: _____	Handy: _____
E-Mail _____	E-Mail _____
<input type="checkbox"/> Ehepartner / Partner	<input type="checkbox"/> Ehepartner / Partner
<input type="checkbox"/> Sohn / Tochter	<input type="checkbox"/> Sohn / Tochter
<input type="checkbox"/> Bruder / Schwester	<input type="checkbox"/> Bruder / Schwester
<input type="checkbox"/> Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Anderes: _____

Rechnungsempfänger
Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____
PLZ/Wohnort: _____

Hausarzt	
Name: _____	Ist eine Patientenverfügung vorhanden?
Vorname: _____	
Adresse: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PLZ / Ort _____	Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden?
Telefon _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wohnsituation		
<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Haus	<input type="checkbox"/> Alterswohnung mit Dienstleistungsangeboten
<input type="checkbox"/> Lift	<input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft	
<input type="checkbox"/> Treppe:	Anzahl Stufen	Etage

Ambulante Dienstleistungsangebote	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Spitex	Name _____ Telefon _____
	<input type="checkbox"/> Hauswirtschaft
	<input type="checkbox"/> Pflege und Betreuung
	Häufigkeit des Einsatzes:
<input type="checkbox"/> Mahlzeitendienst	
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Ergotherapie
<input type="checkbox"/> Andere Therapien:	
<input type="checkbox"/> Nachbarschaftshilfe	<input type="checkbox"/> Notrufknopf
<input type="checkbox"/> Andere Dienste	

Körperpflege			
Bitte Zutreffendes ankreuzen	selbständig	teilw. selbständig	unselbständig
sich an- und ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielles:	_____		
Hilfsmittel:	_____		

Ernährung			
<i>Bitte Zutreffendes ankreuzen</i>	selbständig	teilw. selbständig	unselbständig
Essen einnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
genügend trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielles:	_____		
Diät:	_____		
Hilfsmittel:	_____		
Zahnprothesen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Bewegung			
<i>Bitte Zutreffendes ankreuzen</i>	selbständig	teilw. selbständig	unselbständig
aufstehen / hinsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stehen / gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hinlegen / aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel einsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielles:	_____		
Hilfsmittel:	_____		

Atmung		
<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Auswurf
Spezielles:	_____	
Hilfsmittel:	_____	

Kommunikation			
<i>Bitte Zutreffendes ankreuzen</i>	selbständig	teilw. selbständig	unselbständig
sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hören, verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielles:	_____		
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Hörapparat	<input type="checkbox"/> Brille	

Schlafen und Ruhen			
<i>Bitte Zutreffendes ankreuzen</i>	selbständig	teilw. selbständig	unselbständig
Schlafgewohnheiten pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafhilfen nutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielles:	_____		
Hilfsmittel:	_____		

Allergien	
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> bekannt

Bemerkungen

Wichtige Termine	

Beizulegende Unterlagen

Bitte bei Anmeldung zum Eintritt folgende Unterlagen beiliegen:

- Kopie Krankenkassenkarte (Vor- und Rückseite)
- Kopie der Vollmacht/Ernennungsurkunde oder der Patientenverfügung/Vorsorgeauftrag

Ort, Datum

Unterschrift
