

ANMELDEFORMULAR

Daueraufenthalt ab _____

Ferienaufenthalt von _____ bis _____

Probeaufenthalt von _____ bis _____

Personalien

Fam. Name _____ Fam.Name als ledig _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Zivilstand _____ Heimatort _____

AHV-Nummer _____ Konfession _____

Fam. Name Vater _____ Vorname Vater _____

Fam. Name Mutter _____ Vorname Mutter _____

Gegenwärtiger Wohnsitz

Strasse / Nr. _____ Telefon _____

Plz / Ort _____ Natel _____

Schriften hinterlegt in Gemeindeverwaltung _____

Bitte Ihre Gemeinde informieren, dass Sie in Oeschberg der Lebensort in Koppigen umziehen. Ihre Schriften lassen Sie in Ihrer bisherigen Gemeinde (Sie müssen **nicht** als Wochenaufenthalter gemeldet sein).

Versicherungen

Krankenkasse _____ Vers.-Nr. _____

Geschäftsstelle _____ Telefon _____

Unfall _____ Vers.-Nr. _____

Geschäftsstelle _____ Telefon _____

Ergänzungsleistungen ja nein

IV-Bezüge ja nein

Hilflosenentschädigung ja nein

wenn ja, seit wann _____

Ärzte

Hausarzt	_____	Telefon	_____
Strasse / Nr.	_____	Natel	_____
Plz / Ort	_____	E-Mail	_____
Spezialarzt	_____	Fachgebiet	_____
Strasse / Nr.	_____	Telefon	_____
Plz / Ort	_____	E-Mail	_____
Zahnarzt	_____	Telefon	_____
Strasse / Nr.	_____	Natel	_____
Plz / Ort	_____	E-Mail	_____

Bitte medizinischer Überweisungsbericht/Diagnosenblatt des Hausarztes beilegen

Angehörige und Bezugspersonen

Fam. Name	_____	Vorname	_____
Strasse / Nr.	_____	Plz / Ort	_____
Telefon	_____	Natel	_____
E-Mail	_____		
Art der Verwandtschaft oder Bezugsperson	_____		
Fam. Name	_____	Vorname	_____
Strasse / Nr.	_____	Plz / Ort	_____
Telefon	_____	Natel	_____
E-Mail	_____		
Art der Verwandtschaft oder Bezugsperson	_____		

Fam. Name _____ Vorname _____

Strasse / Nr. _____ Plz / Ort _____

Telefon _____ Natel _____

E-Mail _____

Art der Verwandtschaft oder Bezugsperson

Beistand

Fam. Name _____ Vorname _____

Strasse / Nr. _____ Plz / Ort _____

Telefon _____ Natel _____

E-Mail _____

Bitte Kopie Urteil KESB beilegen

Bitte Kostengutsprache beilegen

Rechnungsadresse

Fam. Name _____ Vorname _____

Strasse / Nr. _____ Plz / Ort _____

Telefon _____ Natel _____

E-Mail _____

Patientenverfügung

Besteht eine Patientenverfügung ja nein

wenn ja, wo / bei wem aufbewahrt?

Frühere Tätigkeiten

Erlerner Beruf: _____

Ausgeübte Tätigkeiten: _____

Gesundheitliche Situation

Einschränkungen:

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gehen | <input type="checkbox"/> Sprechen | <input type="checkbox"/> sich waschen | <input type="checkbox"/> bei zeitlicher Orientierung |
| <input type="checkbox"/> Sehen | <input type="checkbox"/> Schreiben | <input type="checkbox"/> sich ankleiden | <input type="checkbox"/> bei örtlicher Orientierung |
| <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> bei eigener Sicherheit | <input type="checkbox"/> _____ |

Motorische Fähigkeiten:

	selbständig	mit Hilfe	unselbständig
Gehen auf ebenem Boden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen benützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÖV benützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubettgehen / Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tägliche Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen / Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gehhilfe ja nein

wenn ja, welche _____

- | | | |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Katheterträger | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetiker | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wunden / Dekubitus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Urininkontinenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlafprobleme | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Schlafgewohnheiten:

Andere Behinderungen oder Krankheiten:

Psychische Auffälligkeiten ja nein

welche?

Suchtprobleme ja nein

welche?

Spezielle Ernährung ja nein

welche?

Medikamente ja nein

wenn ja, diese bitte mit dem Medikamentenplan zusammen am Eintrittstag mitbringen.
Für Ferien- und Probegäste benötigen wir alle Medikamente für die festgelegte Aufenthaltsdauer.
Für Dauergäste benötigen wir alle Medikamente bis zum nächsten Arzttermin.

Bemerkungen:

Taschengeld:

Kann sie / er damit umgehen ja nein

Monatliche Auszahlung ja

Wöchentliche Auszahlung ja

Verrechnen mit Monatsrechnung ja nein

wenn nein, wie verrechnen? _____

Vereinbartes Taschengeld: Fr. _____

Fragen zur Alltags- und Lebensgestaltung

Gewohnheiten:

Hobbys:

Begabungen:

Bevorzugte Tätigkeiten:

Angaben zur Lebensgeschichte und spezielle Ereignisse:

Ausgefüllt vom Eintretenden: Datum: _____ Unterschrift: _____

Ausgefüllt vom gesetzlichen Vertreter: Datum: _____ Unterschrift: _____

Name / Vorname in Blockschrift: _____

Adresse in Blockschrift: _____