



## ANMELDUNG

für einen Aufenthalt im Alterswohnheim Flaachtal

Wir bitten Sie, diese Anmeldung vollständig auszufüllen. Sie ersparen uns dadurch unnötige Rückfragen. Einige Daten müssen wir für statistische Zwecke erheben. Vielen Dank.

### Personalien der anzumeldenden Person

Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	SV Nr. (AHV):	756. _____
Strasse + Nr:	_____	PLZ Ort:	_____
Heimatort:	_____	Geburtsort:	_____
Nationalität:	_____	Zivilstand:	_____
Telefon:	_____	Konfession:	_____
Krankenkasse:	_____		

Wir bitten Sie, **Ihre aktuelle Krankenversicherungskarte mit der Anmeldung oder spätestens am Eintrittstag abzugeben**. Diese wird bei uns in der Pflegeabteilung aufbewahrt und Ihnen beim Austritt wieder ausgehändigt. Wir benötigen diese Karte für eine korrekte Abrechnung mit Ärzten, Spitälern und Apotheken.

Zuletzt ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Name + Vorname(n) des Vaters: \_\_\_\_\_

Name(n) + Vorname(n) der Mutter: \_\_\_\_\_

Gegenwärtiger Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_  
(nur wenn nicht mit Wohnadresse identisch)

Gesetzliche Wohnsitzgemeinde: \_\_\_\_\_

Heutige Wohnsituation:  Wohnung  Haus  alleine lebend  \_\_\_\_\_  
Spitexbetreuung vor dem Eintritt:  Ja  Nein

Gewünschtes Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

Gewünschtes Zimmer:  1-er  mit Balkon/Sitzplatz  2-er  4-er  
 1-er  ohne Balkon/Sitzplatz **alle Mehrbettzimmer sind ohne Balkon/Sitzplatz**

Austrittsdatum bei Temporäraufenthalten: \_\_\_\_\_

Besteht eine gesetzliche Vertretung  Ja  Nein

Falls ja, bitten wir Sie um eine Kopie der Bevollmächtigung.

**Kontaktadressen****An wen ist die Rechnung zu adressieren?**

Die Rechnungen sind zahlbar innert 20 Tagen, bevorzugt mittels Lastschriftverfahren (LSV) der Schweizer Banken oder Debit Direct der Postfinance. Das Formular erhalten Sie bei uns im Sekretariat und als Download auf unserer Homepage.

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

Strasse + Nr: \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

 Sohn/Tochter     Enkel/in     Partner/in     \_\_\_\_\_**Wer sind die wichtigsten Kontaktpersonen? (Bitte vollständige Angaben)**

(Für Anfragen, Informationen, persönliche Situationen, in Notfällen, im Todesfall)

1. Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse + Nr: \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

 Sohn/Tochter     Enkel/in     Partner/in     \_\_\_\_\_

2. Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse + Nr: \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

 Sohn/Tochter     Enkel/in     Partner/in     \_\_\_\_\_

3. Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse + Nr: \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

 Sohn/Tochter     Enkel/in     Partner/in     \_\_\_\_\_

Zusätzliche Kontaktadressen schreiben Sie bitte auf die Rückseite.

**Ärztliche Versorgung**

Wer ist Ihr jetziger Hausarzt?	
Name: _____	Vorname: _____
Strasse + Nr: _____	PLZ Ort: _____
Wünschen Sie dessen Betreuung auch im Heim?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unsere Heimärztin ist Frau Dr. med. Irene Glauser, Arztpraxis Ossingen	
Wünschen Sie eine Betreuung durch sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beziehen Sie AHV-Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Auskünfte über die Finanzierung eines Heimaufenthaltes erteilen die Gemeindebehörden. Allgemein gültige Auskünfte erteilt Ihnen auch die Heimleitung.</b>	
Was Sie uns ausserdem noch mitteilen möchten:	
_____	
_____	
_____	

**Die angemeldete Person oder deren Vertreter bestätigt, dass sämtliche Angaben vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt sind.**

**Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihr Einverständnis zu folgenden Punkten:**

1. Mit Ihrer Anmeldung akzeptieren Sie die Taxordnung und die Zahlungsmodalitäten des Alterswohnheims Flaachtal und haften für die Finanzierung.
2. Sie haben davon Kenntnis genommen, dass beim Eintritt ins Alterswohnheim ein ergänzender Betreuungs- und Pensionsvertrag abzuschliessen ist.  
(Diesen Vertrag erhalten Sie mit der ersten Monatsrechnung)
3. Sie nehmen zur Kenntnis, dass sämtliche persönliche Wäschestücke gegen Verrechnung gekennzeichnet werden. (Siehe Wegleitung Heim)

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Rechtsverbindliche  
Unterschrift Bewohner: \_\_\_\_\_

(bei Urteilsunfähigkeit des Bewohners: Unterschrift Vertretung)



## Aktuelle Hilfsbedürftigkeit

## Anhang zur Anmeldung

<b>Körperpflege / Kleiden</b>				<input type="checkbox"/> Braucht keine Unterstützung			
	Selbstständig	Braucht Hilfe	Braucht vollständig Hilfe		Selbstständig	Braucht Hilfe	Braucht vollständig Hilfe
Sich ganz waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesicht waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rasur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beine waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
An-/ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Ja	Nein	Welche?				
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> oben / <input type="checkbox"/> unten							

	Ja	Nein	Bemerkungen:
Urininkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Cystofix			

<b>Mobilisation</b> <input type="checkbox"/> Braucht keine Unterstützung			
	Selbstständig	Braucht Hilfe	Braucht vollständig Hilfe
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abliegen/ aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Dekubitusgefährdet <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch
<input type="checkbox"/> sturzgefährdet
<input type="checkbox"/> Lagerungshilfsmittel
<input type="checkbox"/> Sitzhilfe
<input type="checkbox"/> AT-Strümpfe Grösse
<input type="checkbox"/> Beine einbinden <input type="checkbox"/> re / <input type="checkbox"/> li

<input type="checkbox"/> mit Gehhilfe
<input type="checkbox"/> in Begleitung
<input type="checkbox"/> Gehen mit Teilbelastung <input type="checkbox"/> re / <input type="checkbox"/> li
<input type="checkbox"/> WC-mobil
<input type="checkbox"/> Bettlägerig <input type="checkbox"/> Bewegungsprotokoll
<input type="checkbox"/>

<i>Bemerkungen:</i>



<b>Ernährung</b> <input type="checkbox"/> Braucht keine Unterstützung				
	<i>Bemerkungen:</i>		<i>Bemerkungen:</i>	
<input type="checkbox"/> Braucht Unterstützung		<input type="checkbox"/> Weiche Kost		
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel		<input type="checkbox"/> Pürierte Kost		
<input type="checkbox"/> Diät		<input type="checkbox"/> PEG		
<input type="checkbox"/> Spezielle Kostform		<input type="checkbox"/> Sondenkost		
		<input type="checkbox"/> Besonderes		

<b>Psychische Verfassung / Verhalten</b>	<i>Bemerkungen:</i>
<input type="checkbox"/> unauffällig	
<input type="checkbox"/> ruhig	
<input type="checkbox"/> unruhig	
<input type="checkbox"/> aggressiv	
<input type="checkbox"/> passiv	
<input type="checkbox"/> wahnhaft	
<input type="checkbox"/> weglaufgefährdet	
<input type="checkbox"/> suizidgefährdet (aus pflegerischer Sicht)	
<input type="checkbox"/>	

<b>Kommunikation</b> <input type="checkbox"/> Keine Einschränkungen				
<b>Sprache</b> <input type="checkbox"/> versteht <input type="checkbox"/> spricht    Muttersprache:				
	Ja	Nein	Teilweise	<i>Bemerkungen:</i>
Örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verwirrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Motorische Aphasie				<i>Bemerkungen:</i>
<input type="checkbox"/> Sensorische Aphasie				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> sehbehindert	<input type="checkbox"/> Brille			
<input type="checkbox"/> hörbehindert	<input type="checkbox"/> Hörgerät			