

Anmeldeformular Senioren-Tagesstätte Leimental



Schulgasse 6, 4106 Therwil

Tel 061 / 721 69 51

Fax 061/ 721 69 52

E-Mail: tagesstaette@blumenrain.ch

Angaben zu dem Gast

Nachname: _____ Vorname: _____

Strasse/ Nr: _____ Ort/PLZ: _____

Tel. Nr.: _____ Konfession: _____

Geburtsdatum: _____ Heimatort: _____

Zivilstand: _____

Krankenkasse: _____ KK-Nr.: _____

Adresse KK: _____ AHV-Nr.: _____

Hausarzt: _____ Tel. Nr. HA: _____

Adresse HA: _____

Patientenverfügung: Ja* Nein (*bitte eine Kopie der Patientenverfügung beilegen)

Ergänzungsleistung: Ja Nein

Angaben zu den Angehörigen / Bezugspersonen Priorität 1

Nachname: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ Ort/PLZ: _____

Verwandtschaft: _____ Tel. Nr.: _____

Angaben zu den Angehörigen / Bezugspersonen Priorität 2

Nachname: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ Ort/PLZ: _____

Verwandtschaft: _____ Tel. Nr.: _____

Bemerkungen

Eintritt ab

Gewünschte Wochentag (e) in der Senioren-Tagesstätte

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportdienst: IVB	morgens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nachmittags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privat	morgens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nachmittags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift: _____ Datum: _____



Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

Mobilität

- selbstständig
- Hilfestellung / Hilfsmittel beim Transfer:
 - Sitzen Gehstock
 - Stehen Rollator
 - Liegen Rollstuhl
 - Gehen

Ergänzungen: _____

Kommunikation

- selbstständig
- Hilfe beim Kommunizieren mit Anderen
- Hilfe beim Sprechen (Sprachstörungen)
- Unterstützung beim Aufnehmen von Kontakten mit Einzelnen bzw mit Gruppen

Ergänzungen: _____

Ernährung

- Normale Kost
- Diabetesdiät
- selbstständige Nahrungsaufnahme
- Hilfe beim Essen zerkleinern
- Anwenden von Spezialbesteck/ -geschirr
- Kontrolle der (Trink-)menge

Ergänzungen: _____

Unterstützung / Pflege zu Hause durch

- keine / selbstständig
- Hilfe von Ehepartner / Lebenspartner
- Nachbarschaftshilfe
- Spitex

Ergänzungen: _____

Medikation

- keine selbstständig
- Medikamente verteilen
- Einnahme überwachen
- Insulinjektion

Ergänzungen: _____

Orientierung

- voll orientiert
- zeitweise desorientiert
- dauernd desorientiert
- verlangsamt im Denken
- Komplizierte Handlungsabläufe sind nicht mehr nachvollziehbar
- weglaufgefährdet

Ergänzungen: _____

Psychische Befindlichkeit

- ängstlich
- zeitweise / überwiegend deprimiert
- antriebslos
- paranoide Ideen
- unruhig

Ergänzungen: _____

Toilettenbenützung

- selbstständig
- muss erinnert / begleitet werden
- Hilfe beim An- / Auskleiden
- Hilfe beim Reinigen
- Kontinenztraining
- benutzt Inkontinenzmaterial

Ergänzungen: _____
