

# 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"/>				
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: \_\_\_\_\_