

Anmeldeformular Senioren Tages- und Nachtstätte Leimental

Angaben zum Gast:

Nachname: _____ Vorname: _____
 Strasse/Nr.: _____ Ort/PLZ: _____
 Tel. Nr.: _____ Konfession: _____
 Geburtsdatum: _____ Heimatort: _____
 Zivilstand: _____
 Hausarzt: _____ AHV-Nr.: _____
 Adresse HA: _____ Tel. Nr. HA: _____
 Krankenkasse*: _____ KK-Nr.: _____
 Sektionsdresse KK: _____ *Bitte eine Kopie der Krankenkassenkarte beilegen

Patientenverfügung: Ja* Nein (*bitte eine Kopie der Patientenverfügung beilegen)
 Ergänzungsleistung: Ja Nein
 Sind Allergien vorhanden? Ja Nein Wenn ja, welche?

Angaben zu den Angehörigen/Bezugspersonen:

Nachname: _____ Vorname: _____
 Strasse/Nr.: _____ Ort/PLZ: _____
 Verwandtschaft: _____ Tel. Nr.: _____
 Mail: _____

Bemerkungen:

Gewünschtes Angebot:

Tagesaufenthalt (ab 08.30 - 17.00 Uhr)
 Halbtages-Aufenthalt (flexibel/bis 5 Stunden)
 Nachtaufenthalt (ab 17.00 - 07.30 Uhr)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eintritt ab:

Transportdienst:

		Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
IVB	morgens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privat	morgens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift Gast/Gesetzlicher Vertreter

Bitte an folgende Adresse senden: Stiftung Blumenrain, Administration Bewohner, Baslerstrasse 10, 4106 Therwil

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: _____