



Anmeldung Heimeintritt

Dringend (Eintritt sofort erwünscht)

Vorsorglich

Der/die Unterzeichnete wünscht ins Alters- und Demenzzentrum St. Martin einzutreten und gibt über ihre/seine persönlichen Verhältnisse folgende Auskunft:

Name

Vorname

Geburtsdatum

AHV-Nummer

Heimatort

Schriften in Gemeinde

Strasse

Wohnort

Telefon

Zivilstand

Konfession

Früherer Beruf

Hausarzt

Telefon Hausarzt

Krankenkasse (Kopie Krankenkassenkarte beilegen)

Unfallversichert via Krankenkasse

Ja

Nein

Patientenverfügung vorhanden

Ja

Nein

Besteht eine Beistandschaft

Ja

Nein

Mitglied einer Sterbehilfeorganisation

Ja

Nein

Demenzielle Erkrankung

Ja

Nein

Aktueller Aufenthalt (z. B. Spital)

Zuständig für Finanzen/Rechnungsadresse (falls Drittperson)

Name/Vorname

Postadresse

Telefon/Mail

Verwandtschaftsgrad/Beziehung

Zuständig für medizinische und persönliche Anliegen (falls Drittperson)

Name/Vorname

Postadresse

Telefon/Mail

Verwandtschaftsgrad/Beziehung

Datum

Unterschrift



Aktivitäten des täglichen Lebens

Nur bei dringender Anmeldung anzugeben (als Beilage zur Anmeldung)

	Selbstständig (Zutreffendes ankreuzen)	Hilfsbedürftig	Teils-Teils	Bemerkung
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ankleiden				
Kleider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Körperpflege				
Gesicht/Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fortbewegung				
Ohne Gehhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mit Gehstock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mit Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mit Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tätigkeiten				
Einkäufe erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zeitungen lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kommunikation				
Gespräche führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Telefonieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafen/Ruhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Spezielle Gewohnheiten/Ticks

Besondere Bemerkungen (z. B. Allergien oder Unverträglichkeiten, spezielle Wünsche/Bedürfnisse)



Gesundheitszustand physisch/psychisch

Nur bei dringender Anmeldung anzugeben (als Beilage zur Anmeldung)

(Zutreffendes ankreuzen)

Körpergewicht

- < 50 kg 50 bis 100 kg > 100 kg

Allfällige Diagnosen zum Gesundheitszustand

- Multiple Sklerose Bemerkung
 Parkinson Bemerkung
 Folgen Schlaganfall Bemerkung
 Andere

Besteht eine Demenzdiagnose?

- Ja Nein Weiss nicht

Falls ja: Demenzdiagnose

Seit wann?

Durch welchen Arzt diagnostiziert?

Besteht manchmal eine Desorientierung?

- Zeitlich Örtlich Situativ

Treten manchmal Antriebstörungen auf?

- Unruhig Apathisch Weglaufgefährdet

Wird zeitweise eine Enthemmung festgestellt?

- Körperlich Aggressiv Verbal aggressiv

Treten manchmal wahnhaftige Störungen auf?

- Halluzinationen Verfolgungsideen Andere

Bemerkungen

.....
.....
.....
.....
.....