

## Anmeldung Pflegeheim

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb.datum \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Tel. Nr. \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Name, Adresse und Telefonnummer der ersten Bezugsperson

1. \_\_\_\_\_

Namen, Adressen und Telefonnummern der weiteren Bezugspersonen

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Anmeldung **dringend**

Auf der dringenden Warteliste liegen Sie richtig, wenn für Sie ein Eintritt in die Sonnegg innerhalb der nächsten 6 Monaten ein Thema ist. In diesem Fall bitten wir Sie, dieser Anmeldung ein Arztzeugnis beizulegen.

Bitte beachten Sie, dass Sie sich mit einer dringenden Anmeldung bereit erklären, innert wenigen Tagen nach unserer Benachrichtigung in die Sonnegg einzutreten.

Anmeldung **vorsorglich**

Falls ein Eintritt in die Sonnegg für Sie noch nicht absehbar ist, genügt eine vorsorgliche Anmeldung.

Sobald ein Eintritt für Sie aktuell wird, können Sie uns dies telefonisch mitteilen und sich auf die dringende Warteliste wechseln lassen.

Datum, Ort \_\_\_\_\_

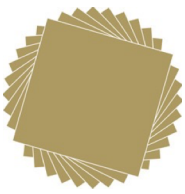
Die sich anmeldende Person

oder die Bezugsperson

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Für Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.



# Arztzeugnis Sonnegg

Ist der Anmeldung für die Dringendwarteliste beizulegen.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Definitiver Aufenthalt  ja  nein

Ferienaufenthalt  ja  nein

Weitere Heimaufenthalte  ja  nein

Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

---

## Diagnosen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Therapie (Medikamente, Physiotherapie, Behandlungspflege, anderes)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

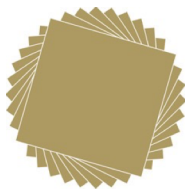
---

Letzter Spitalaufenthalt in:

von: \_\_\_\_\_

bis: \_\_\_\_\_

Bitte wichtige Berichte beilegen



## Soziale Situation

Der Patient kann seine Wohnung...  alleine  in Begleitung  nie ...verlassen

Wo hält sich der Patient zurzeit auf: \_\_\_\_\_

seit: \_\_\_\_\_ Rückkehr nach Hause ist:  möglich  wahrscheinlich  unmöglich

Betreuung des Patienten zu Hause durch:  Angehörige  Partner  Bekannte  Spitex

Name und Adresse der wichtigsten Bezugsperson: \_\_\_\_\_

---

---

## Beeinträchtigungen

### Beweglichkeit

Gehen	<input type="checkbox"/> mit Gehhilfe (Rollator, Stock)	<input type="checkbox"/> ohne Gehhilfe
Fortbewegung im Rollstuhl	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/> wechselnd
Transfer (z.B. Bett-Stuhl)	<input type="checkbox"/> unselbständig	<input type="checkbox"/> selbständig

### Essen

Sondernahrung	<input type="checkbox"/> unselbständig	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> selbständig
Spezielle Kost:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

### An- und Ausziehen

<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
------------------------------------	--	--------------------------------------

### Körperpflege

Dekubitus	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

### WC-Benützung

Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> selbständig
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dauerkatheter:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Visus

<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt oder normal
--	---

### Gehör

<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt oder normal
--	---

### sprachliche Verständigung

<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> möglich
------------------------------------	--	----------------------------------

### Orientierung fehlend in

<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> Person
-------------------------------	------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

falls die Person desorientiert ist:

- äussert sich die Desorientierung auch in massiv agitiertem Verhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- besteht eine Weglaufgefahr?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- ist absehbar, dass die Person stört (z.B. andere Zimmer aufsuchen?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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

Der untersuchende Arzt: \_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift)