

Personalien

Frau / Herr

Name / Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____

Hausarzt: _____

AHV-Nr.: _____

Krankenkasse / Nr.: _____

Gültig bis: _____

Angehörige / Ansprechpersonen (Adresse / Tel. Nr. / E-Mail)

Ehepartner/in

Tochter/Sohn

Tochter/Sohn

Rechnungsempfänger

Beistand

Rechnungsempfänger

Beistand

1.

2.

Spitexdienste - Adresse / Tel. Nr.: _____

Vorgesehenes Eintrittsdatum: _____

Gewünschte Wochentage: _____

Mo Di Mi Do Fr

Wird **Transportdienst** gewünscht?

(Falls JA - bitte Formular *Ärztliches Attest für den Transport* ausfüllen!)

JA

NEIN

Wird von der Mitarbeiterin nach der Besichtigung ausgefüllt:

Besichtigungstermin durchgeführt am: _____

Von (Visum MA): _____

Zusammenfassung Vorstellungsgespräch: _____

Tagesgast, Name / Vorname : _____

Für die ganzheitliche Betreuung des Interessenten sind wir auf folgende Angaben angewiesen.
Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an.

Körperliche Belastungsfähigkeit und Mobilität:

- Selbständig
- Hilfestellung beim Transfer:
 - Liegen Sitzen Stehen Gehen
- Rollator / Stock
- Rollstuhl
- Ergänzungen _____
-

Kommunikation / Orientierung

- Kontaktfreudig / gesellig
- Eher zurückhaltend
- Sprachproblem
- Sehprobleme (Brille)
- Hörproblem (Hörgerät)
- Ergänzungen _____

Ernährung und Nahrungsaufnahme

- Normale Kost
- Schluckstörung
- Hilfe beim Essen zerkleinern
- Anwenden von Spezialbesteck/-geschirr
- Allergien / Unverträglichkeiten
- Ergänzungen _____

Unterstützung / Pflege zu Hause durch

- Keine / Selbständig
- Probleme zu Hause
- Hilfe von : _____
- Spitex
- Ergänzungen _____

Medikation

- Unterstützung bei Medikamenteneinnahme
- Medikamente besorgen / richten
- Einnahme überwachen
- Diabetes
- Injektion ausführen / kontrollieren
- Allergien / Unverträglichkeiten
- Ergänzungen _____

Orientierungs- und Denkvermögen

- Voll orientiert
- Kognitiv beeinträchtigt
- Zeitweise / dauernd desorientiert
- Verlangsamt im :
 - Denken /& Handlungsabläufen
- Ergänzungen _____

Psychische Befindlichkeit

- Stabil / Ausgeglichen
- Ängstlich
- Zeitweise müde / antriebslos / traurig
- Innere Unruhe
- Ergänzungen _____

Toilettenbenutzung / Ausscheidung

- Selbständig
- Muss erinnert / begleitet werden
- Hilfe beim An-/ Auskleiden / Reinigen
- Inkontinenzberatung
- Ergänzungen _____

Frühere Hobbies _____

Mögl. Teilnahme an folgenden Angeboten

- Handarbeit
- Gedächtnistraining
- Presserunde
- Bewegungsgruppe
- Singen / Musik
- Gesellschaftsspiele (Jassen)
- Spaziergänge

Was wünschen Sie sich von einem Aufenthalt in der Tagesbetreuung?

