

Benötigte Informationen

ANFRAGE

Fixeintritt Ferienzimmer (temporärer Aufenthalt)

1. Persönliche Angaben

Vorname	Name
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Sprache <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> andere _____
Tel.	Konfession
AHV-Nummer	Zivilstand
Krankenkasse	VEKA Nummer

Bitte eine beidseitige Kopie der Krankenkassen-Karte der Anfrage beifügen!

Ergänzungsleistungen (der AHV) aktuell? Nein Ja

2. Angehörige / Beistand

Hauptbezugsperson

Vorname	Name
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
Beziehung (Tochter, Nachbar, Freundin, Beistand)	E-Mail
Tel.	Tel. Mobile

Bezugsperson 2

Vorname	Name
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
Beziehung (Tochter, Nachbar, Freundin, Beistand)	E-Mail
Tel.	Tel. Mobile

Bezugsperson 3

Vorname	Name
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
Beziehung (Tochter, Nachbar, Freundin, Beistand)	E-Mail
Tel.	Tel. Mobile

Bezugsperson 4

Vorname	Name
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
Beziehung (Tochter, Nachbar, Freundin, Beistand)	E-Mail
Tel.	Tel. Mobile

Rechnungsempfänger

(falls nicht BewohnerIn)

Vorname	Name
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
Beziehung (Tochter, Nachbar, Freundin, Beistand)	E-Mail
Tel.	Tel. Mobile

Post an die BewohnerInnen

- Sämtliche Post geht an den/die BewohnerIn
- Sämtliche Post geht an den Rechnungsempfänger
- Die Bewohnerrechnung des La Lisière geht an den Rechnungsempfänger, die restliche Post geht an den/die BewohnerIn

Information:

Falls die Post nicht mehr selbständig gemacht werden kann -> bitte die Post (v.a. Rechnungen) zu Rechnungsempfänger umleiten lassen.

3. Aktuelles Arztzeugnis

Inhalt: Diagnosen, Medikamente, Behandlungen

Das Zeugnis kann vom Arzt direkt per E-Mail an die Institution übermittelt werden (geschützte HIN Adresse): info@la-lisiere.ch

Hausarzt	E-Mail
-----------------	---------------

Bestehen ansteckende Krankheiten?

Nein Ja, folgende: _____

Covid-19 Impfstatus

Impfung erfolgt am _____ Impfung erwünscht unbekannt

Medikamente

4. Soziale Situation

Der Patient kann seine Wohnung:

alleine verlassen in Begleitung verlassen nie verlassen

Wo hält sich der Patient zurzeit auf?

Strasse/Nr.	PLZ/Ort	seit
--------------------	----------------	-------------

Rückkehr nach Hause ist:

möglich wahrscheinlich unmöglich

Betreuung des Patienten zu Hause durch:

Angehörige Partner Bekannte Haushilfe
 Hauspflege Spitex Sozialarbeiter Hilfswerk

andere: _____

5. Einschränkungen

Beweglichkeit

Gehen selbständig mit Gehhilfe mit Hilfsperson wechselnd

Fortbewegung im Rollstuhl selbständig mit Hilfsperson wechselnd

Transfer (z.B. Bett – Stuhl) selbständig mit Hilfsperson wechselnd

Dekubitus (Wundliegen) Ja Nein

Essen selbständig mit wenig Hilfe (z.B. kleinschneiden) unselbständig

Spezielle Kost:

Sondennahrung Nein Ja

Alkoholkonsum Nein 1-2 Gläser zum Essen
 Höherer Konsum über den Tag verteilt

An- und Ausziehen selbständig mit wenig Hilfe unselbständig

Körperpflege selbständig mit wenig Hilfe unselbständig

WC-Benützung selbständig mit wenig Hilfe unselbständig

Urininkontinenz Nein Ja

Dauerkatheter Nein Ja

Stuhlinkontinenz Nein Ja

Visus normal leicht eingeschränkt stark eingeschränkt

Gehör normal leicht eingeschränkt stark eingeschränkt

Orientierung vorhanden fehlend in: Zeit Ort Situation Person

6. Kommunikation und Interaktion

Kommunikation und Interaktion ist beeinträchtigt nicht beeinträchtigt

Sich mitteilen volle Fähigkeit beeinträchtigt keine Fähigkeit

Selbst initiierte Aktivitäten initiiert umfassend eigene Aktivitäten

vermehrt selbst initiierte Aktivitäten

wenige selbst initiierte Aktivitäten

keine selbst initiierten Aktivitäten

Merkmale herausfordernden Verhaltens Nein

7. Therapien

Physiotherapie Logopädie Ergotherapie andere:

8. Weitere wichtige Informationen

Patientenverfügung vorhanden ja (bitte Kopie bei Eintritt mitbringen) nein (bitte eine erstellen)

<https://www.fmh.ch/files/pdf27/fmh-patientenverfuegung-kurz-de.pdf>

9. Bemerkungen und Ergänzungen

Kontakt für Rückfragen

Vor- und Nachname Tel.

Stellung Angehörigenperson (Sohn, Tochter, Nachbar, Freundin, Beistand...)

Unterschrift Patient oder Bezugsperson

Ort, Datum Unterschrift

Unterschrift Arzt (sofern Aussteller)



Ort, Datum

Unterschrift
