Um Ihren Eintritt und Ihren Aufenthalt so optimal wie möglich zu gestalten, bitten wir Sie zusätzlich um folgende Angaben:

**Personalien**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name/Vorname |  | | |
| Geburtsdatum |  | Rufname |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aktueller Aufenthaltsort | |  | Zuhause |  | Sozialmedizinische Institution (z.B. Rehaklinik) | | | | | | | | |
|  | |  | Spital |  | Andere | |  | | | | | | |
| Patientenverfügung vorhanden | |  | ja |  | nein | |  | | | | | | |
| Vorsorgeauftrag vorhanden | |  | ja |  | nein | |  | | | | | | |
| Sind Sie Mitglied in einer Sterbehilfeorganisation | | | | | | | |  | ja | |  | nein |
| Wenn ja, in welcher |  | | | | | Seit wann | | | |  | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wünschen Sie eine Beratung zur Finanzierung des Heimaufenthaltes? |  | ja |  | nein |

*Wird vom Feldheim ausgefüllt:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aufenthalt |  |  | Festeintritt | | |  | Ferieneintritt | |  | Tagesgast | | | Tag | | | |  | | |
| Eintrittsdatum |  |  | | | | |  | Zeit |  | | |  | | |  | | | |
| Essen Eintrittstag in der Cafeteria | | | |  | ja |  | nein | Zeit |  | | |  | | Anz. Pers. inkl. Bew. | | | |  | |
| Austrittsdatum |  |  | | | | |  | Zeit |  | | |  | | |  | | | |
| Station/Zimmer |  |  | | | | | evt. Verlängerung | | |  |  | | | | |

**Zimmer / Einrichtung / Dienstleistungen**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fernseher im Zimmer |  | ja |  | nein |  | eigener |  | Feldheim | TV-Nr. | | |  |  |
| Telefon im Zimmer |  | ja |  | nein |  | eigenes |
| Eigenes Natel |  | ja |  | nein | Natel-Nr. | |  | | | | | |
| Wäschereidienst im Feldheim |  | ja |  | nein |  |  |  | | | |
| Möblierung vom Feldheim gewünscht (1 Tisch, 2 Stühle) | | | | |  | ja |  | nein | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

**Gesundheitliche Versorgung, Pflege und Betreuung**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Beziehen Sie Leistungen der Spitex? | |  | ja |  | nein |
| Bestehen Ärztliche Verordnungen?  (Physiotherapie, Logopädie etc.) | |  | ja |  | nein |
| Wenn ja, welche? |  | | | | | |
| Zahnarzt: Wünschen Sie einen Wechsel zur mobilen Praxis im  Feldheim vor Ort, betreut durch Dr. Traianou/Dr. Zosso, Zofingen? | |  | ja |  | nein |

**Angaben zum Gesundheitszustand**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Aktuell verordnete Medikamente**

Bitte am Eintrittstag aktuelle Medikamentenverordnung und Medikamente in Originalschachteln mitbringen.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Allergien** | | | | **Gehfähigkeit / Hilfsmittel** | | | | | | |
|  | Keine bekannt | | |  | Selbständig | | | | | |
|  | Ja, folgende |  | |  | Gehfähig mit Hilfe einer Person | | | | | |
|  |  | | |  | Nicht gehfähig (Rollstuhl) | | | | | |
| **Ernährung** | | | |  | Bettlägerig | | | | | |
|  | Normale Kost | | |  | Benötigt Hilfsmittel | | | | | |
|  | Spezialkost |  | |  |  | Stöcke |  | privat |  | Feldheim |
|  | 1/1 Portion |  | ½ Portion |  |  | Böckli |  | privat |  | Feldheim |
|  | Selbständig | | |  |  | Rollator |  | privat |  | Feldheim |
|  | Essen eingeben | | |  |  | Rollstuhl |  | privat |  | Feldheim |
|  | Sondennahrung | | |  |  |  | | | | |  |
|  |  | | |  |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grundpflege / An- und Ausziehen** | | **Kognition** | | | | | | |
|  | Selbständig |  | Orientiert | | | | | |
|  | Hilfe beim Duschen, Anziehen usw. |  | Orientierung fehlt | | | | | |
|  | Umfassende Pflege |  |  | örtlich |  | zeitlich |  | situativ |
|  |  |  | Weglaufgefährdet | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Spezielle Massnahmen** | | | **WC-Benützung** | | |
|  | Wundverbände | |  | Selbständig | |
|  | Spezialmatratze | |  | Mit wenig Hilfe | |
|  | Sauerstoff | |  | Immer mit Hilfe | |
|  |  | |  | Urininkontinenz | |
|  |  | |  | Stuhlinkontinenz | |
|  |  | |  | Inkontinenzeinlagen | |
|  |  |  |  | Produkt |  |
|  |  | |  |  | |

**Persönliche Interessen / Hobbys**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Bemerkungen** (z.B. soziale Situation)

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | |
|  | |
| **Gesprächs-Teilnehmende** | l |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |  |

Vielen Dank für Ihre Angaben. Bitte senden Sie das Formular an   
Feldheim, Feldheimstrasse 1, 6260 Reiden oder per Mail an [info@feldheim-reiden.ch](mailto:info@feldheim-reiden.ch)

Informationen dazu, wie das Feldheim Personendaten bearbeitet, finden sich in der Datenschutzerklärung des Feldheims auf der Homepage [www.feldheim-reiden.ch](http://www.feldheim-reiden.ch).



**Bitte legen Sie der Anmeldung folgende Zusatz-Unterlagen (Kopien) bei:**

Patientenverfügung  Ärztliche Verordnungen

Vorsorgeauftrag  aktuelle Pflegeberichte (Spitex, Spital etc.)

Versicherungskarte der AHV/IV