

Personalien und Aufenthaltswunsch

Frau Herr

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Strasse	
PLZ/Ort		Tel-Nr.	

Pflegeheim Wohngruppe Demenz übergangsweise vorsorglich

Diagnosen (oder diese stehen auf dem angehängten Arztbericht)

--

Therapien (Medikamente, Sauerstoff, Physio, Ergo etc.)

--

Soziale Situation

Aktueller Aufenthaltsort	
Seit wann	

Rückkehr nach Hause möglich wahrscheinlich nicht mehr möglich
 Hilfen zuhause Partner/in Angehörige Bekannte
 Spitex private Haushilfe andere

Bemerkungen zur sozialen Situation:

Wichtigste Bezugsperson mit Adresse

Angaben zur Selbständigkeit und gesundheitlichen Situation

Sinne	Visus: <input type="checkbox"/> normal oder leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt Gehör: <input type="checkbox"/> normal oder leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt
Kognition	Sprachliche Verständigung (unabhängig von der Hörfähigkeit) <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich in welcher Sprache: Orientierung <input type="checkbox"/> nicht oder unwesentlich eingeschränkt eingeschränkt in <input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Ort <input type="checkbox"/> Situation <input type="checkbox"/> Person
Tag- und Nachtruhe, Verhalten	<input type="checkbox"/> Unauffälliger Tag- / Nachtrhythmus <input type="checkbox"/> Unruhe tagsüber <input type="checkbox"/> nachaktiv <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten – welche:
Fortbewegung	Ohne Hilfsmittel <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> in Begleitung <input type="checkbox"/> nur kurze Strecken Mit Gehhilfe <input type="checkbox"/> Stock <input type="checkbox"/> Rollator / Böckli <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> in Begleitung <input type="checkbox"/> nur kurze Strecken Mit Rollstuhl <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> teilweise Hilfe <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe
Beweglichkeit	Positionierung im Bett <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit 1 Hilfsperson <input type="checkbox"/> durch 2 Personen Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit 1 Hilfsperson <input type="checkbox"/> mit 2 Hilfspersonen Transfer Bett - Rollstuhl <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> mit Patientenheber
Körperpflege	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> teilweise Hilfe <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe <input type="checkbox"/> Hilfe beim Baden und Duschen
Kleiden	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> teilweise Hilfe <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe oder -verband mit Hilfe

Ausscheidung	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> teilweise Hilfe <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe <input type="checkbox"/> Urininkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Blasenkatheter Besonderes:
Ernährung	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> teilweise Hilfe <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe <input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> Schluckprobleme <input type="checkbox"/> Ergänzungsnahrung <input type="checkbox"/> Spezielle Kost:
Dekubitus und Wunden	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, was und Lokalisation:
Weitere Informationen	

Hausarzt:

Name		Vorname	
Strasse		PLZ/Ort	
Tel-Nr. Geschäft		Mailadresse	

Kontaktperson Sozialberatung Spital (Name/Tel):

Zeugnis wurde ausgefüllt durch:

Name	
Institution	
Tel. / Mail	
Ort / Datum / Visum	

Bemerkungen, Ergänzungen:

--

Beilagen / Anhänge:

--