

## Eintrittsformular

### Persönliche Angaben Gast

Name

Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Telefon

Geburtstag

Zivilstand

Ledig

Verheiratet

Verwitwet

Hilflosenentschädigung

Ja

Nein

Ergänzungsleistung

Ja

Nein

Patientenverfügung

Ja

Nein

Mit wem lebt der Gast zusammen

### Rechnungsadresse

Name

Vorname

Adresse

PLZ / Ort

### 1. Kontaktperson

Beziehung

Name

Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Telefon

Natel-Nr.

E-Mail

### 2. Kontaktperson

Beziehung

Name

Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Telefon

Natel-Nr.

E-Mail

### Hausarzt

Name

Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

### Spezialarzt

Name

Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

**Diagnose** (sämtliche Diagnosen aufführen)

**Spitalaufenthalt in den letzten 90 Tagen:**

Wenn ja: von bis

Welche zusätzlichen externen Dienste sind in der Betreuung involviert, z.B. Spitex, Tagesheim, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologe, u.a. Wenn bereits Krankenkasseneinstufungen gemacht wurden, ist es sinnvoll, wenn eine Absprache mit den Leistungserbringern erfolgen kann. Bitte Adresse und Tel. Nr. angeben.

**Beruf**

**Hobbys**

**Beschäftigung**

Gerne

Nicht gerne

**Essen & Trinken**

Hilfe Ja Nein

Gerne

Nicht gerne

Hilfsmittel

Diät

Spezielles

**Zahnprothese**

Oben Ja Nein

Unten Ja Nein

Reinigung

Aufbewahrung

## **Körperpflege**

Zeitpunkt	Morgens	Abends
Waschen		
Duschen		
Haare waschen		
Rasieren		
Anziehen		

selbständig    auffordern    begleiten

## **Ausscheidung**

Urin, Tag  
Urin, Nacht  
Stuhl, Tag  
Stuhl, Nacht  
Hilfsmittel, Tag  
Hilfsmittel, Nacht

selbständig    auffordern    begleiten

## **Ruhepausen**

Mittagsschlaf

## **Schlafen**

Schlafzeit		
Gewohnheiten		
Abendrituale		
Tag-/Nachtrhythmus OK?	Ja	Nein
Aufstehzeit		

## **Sich bewegen**

Aufstehen, Hinsetzen  
Gehen  
Spezielles  
Hilfsmittel

selbständig    auffordern    begleiten

## **Spezielle Pflege**

### **Allergien**

## **Kommunizieren**

Sprechen  
Sich non verbal ausdrücken  
Hören, verstehen  
Sehen  
Spezielles

<b>Hilfsmittel</b>	Hörapparat	Ja	Nein	rechts	links
	Brille	Ja	Nein		
	Lesebrille	Ja	Nein		
	weitere				

### **im Alltag**

Krisen – Was hilft?

Krisen – Negativ?

Krisen – Soll der Gast nach Hause telefonieren      Ja      Nein

### **Charakterzüge**

**Zeitlich orientiert?**

**Örtlich orientiert?**

**Glaube**

### **Biografie**

Herkunftsfamilie, Umfeld, welche Lebenssituationen haben den Patienten geprägt, Gewohnheiten, usw. Wenn möglich aktuelles Foto beilegen.

**Dossier ausgefüllt**

Datum .....

Visum .....