

## 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

**Hilfsmittel**

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 .....