



- Standort Widmerheim
- Langzeitpflege
- Abteilung für Menschen mit Demenz
- Ferien
- Überbrückungspflege

Personalien – durch Antragsteller/in oder Angehörige auszufüllen

Name, Vorname		Lediger Name
AHV-Nr.		Nationalität
Geburtsdatum	Zivilstand	Heimatort
Strasse		PLZ/Ort
Telefon	Früherer Beruf	
Konfession	Krankenkasse	
Adresse Krankenkasse		Versicherten-Nr
<input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer	<input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer
Dringlichkeit	<input type="checkbox"/> Notfall	<input type="checkbox"/> Baldmöglichst <input type="checkbox"/> Warteliste
Ferien	Dauer von	bis
Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> wenn ja: mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/>
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hausarzt	Adresse	
Telefon		

Wer ist für die finanziellen Angelegenheiten zuständig?

Name, Vorname			
Strasse		PLZ/Ort	
Telefon privat	Natel		Geschäft
Verwandtschaftsgrad		E-Mail	

Angehörige / Freunde / Bezugspersonen

1. Bezugsperson

Name, Vorname			
Strasse		PLZ/Ort	
Telefon privat	Natel		Geschäft
Verwandtschaftsgrad		E-Mail	

2. Bezugsperson

Name, Vorname			
Strasse		PLZ/Ort	
Telefon privat	Natel		Geschäft
Verwandtschaftsgrad		E-Mail	

Allgemeine Bemerkungen, Wünsche usw.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/-in, Angehörige



Anmeldeformular Stiftung Amalie Widmer

Bitte bringen Sie am Eintrittstag einen detaillierten Überweisungsrapport (von Spitex, Spital oder anderen Institutionen) sowie die verordneten Medikamente mit. Bei Langzeit- und Überbrückungspflege für mindestens drei Tage, bei Ferien für die Dauer des gesamten Aufenthaltes.

Angaben zur Pflegebedürftigkeit (Zutreffendes bitte ankreuzen)

					selb- ständig	teil- weise	unselb- ständig
Sehschwäche	<input type="checkbox"/>	Blindheit	<input type="checkbox"/>	tägl. Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	Taubheit	<input type="checkbox"/>	Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>			An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halbseitenlähmung	<input type="checkbox"/>			Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwirrtheit	<input type="checkbox"/>						
Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>						
Unruhe tagsüber	<input type="checkbox"/>	nachts	<input type="checkbox"/>			Ja	Nein
Depr. Verstimmung	<input type="checkbox"/>			Wundpflege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	Nikotin	<input type="checkbox"/>	Katheterträger/in		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>			Stuhlinkontinenz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
welche				Urininkontinenz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien in Bezug auf Haustiere	<input type="checkbox"/>			benötigt einen Rollstuhl		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				benötigt eine Gehilfe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Art der Gehilfe			

Verpflegungsart

Normal Diabetes Püriert Turmix
Sonde Art
Spezielles

Nicht vollständig ausgefüllte Formulare werden zurückgeschickt.

Name des Arztes _____ Telefon _____
Name Bewohner/in _____
Diagnosen _____

Reanimation Ja Nein
Patientenverfügung Ja Nein

Medikamentöse Therapie

Weitere Verordnungen

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes