

Anmeldung

für Bewohner/-innen

Inhalt

Anmeldung

Arztzeugnis für Langzeitkranke

Angaben zur Pflege und Betreuung

Anmeldung

für das tilia Pflegezentrum:

(Mehrfachanmeldungen möglich)

Ittigen Köniz Wittigkofen

In welches Pflegezentrum

möchten Sie bevorzugt eintreten:

Ittigen Köniz Wittigkofen

vorsorglich

definitiv

Ferien

Tagespflege

Name: _____ (bei Frauen auch Mädchenname)

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____ Telefon: _____

Wo hält sich die obengenannte Person zur Zeit auf (Adresse, Telefon)?

Wohnsitzgemeinde: _____ Heimatgemeinde: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Beruf: _____ Konfession: _____

Zivilstand: ledig

verheiratet mit: _____

Lebenspartner: _____

verwitwet von: _____

geschieden von: _____

AHV-Nr: _____

Bezieht eine AHV-Rente IV-Rente Lohnfortzahlung Hilflosenentschädigung

Zuständige Ausgleichkasse: _____

Adresse Krankenkasse und Versicherten-Nr. : _____

Allfälliger gesetzlicher Vertreter: Beistand Vormund

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Angehörige (Name, Vorname, Adresse, Telefon): _____ Verwandtschaftsgrad: _____

 Partner/-in
 Tochter/Sohn
 Nichte/Neffe

 Partner/-in
 Tochter/Sohn
 Nichte/Neffe

 Partner/-in
 Tochter/Sohn
 Nichte/Neffe

Person oder Institution, an welche die Rechnungen zu senden sind und auch gegenüber der tilia Stiftung für Langzeitpflege für eine termingerechte Begleichung verantwortlich ist (Name, Vorname, Adresse, Telefon):

Bemerkungen: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

(angemeldete Person oder gesetzlicher Vertreter)

Jeder Anmeldung ist das spezielle Arztzeugnis für Langzeitkranke beizulegen. Bei vorsorglicher Anmeldung ist das Arztzeugnis erst kurz vor Eintritt möglich.

Arztzeugnis für Langzeitkranke

Bitte der Anmeldung beilegen (für definitive Anmeldung)

Name des Spitals/des Heimes/der Institution: _____

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Definitiver Aufenthalt: ja nein

Ferienaufenthalt: ja nein

Tagespflege: ja nein

Diagnosen:

Therapie (Medikamente, Physio-, Ergo-, Aktivierungstherapie; inkl. cytostatische Therapie, parenterale Therapie, Bestrahlung, Sauerstofftherapie, Dialyse, Sprachtherapie, andere):

Letzter Spitalaufenthalt, wo: _____

von: _____

bis: _____

Bitte wichtige Berichte beilegen

Soziale Situation

Der Patient kann seine Wohnung: allein verlassen in Begleitung verlassen nie verlassen

Wo hält sich der Patient zur Zeit auf: _____

seit: _____

Rückkehr nach Hause: möglich wahrscheinlich unmöglich

Betreuung des Patienten zu Hause durch: Angehörige Partner Bekannte
 Haushilfe Hauspflege Gemeindepflege
 Sozialarbeiter Hilfswerk

andere: _____

Name/Adresse der wichtigsten Bezugspersonen:

Visus: stark eingeschränkt leicht eingeschränkt oder normal

Gehör: stark eingeschränkt leicht eingeschränkt oder normal

Sprachliche Verständigung: unmöglich eingeschränkt möglich

Orientierung fehlend in: Zeit Ort Person

Radiologische Untersuchung auf Lungentuberkulose

Gemäss Richtlinien des Kantonsarztes betreffend Massnahmen zur Tuberkulosebekämpfung in Alters- und Pflegeheimen

Thorax-RX-Untersuchung innert der letzten 6 Monate: ja nein

Hinweise auf aktive Tbc: nein
 ja (eingeleitete Massnahmen bitte unter «Bemerkungen und Ergänzungen» aufführen)

Bemerkungen und Ergänzungen

Hausarzt/zuweisender Arzt

Ort/Datum:

Telefon:

Stempel des untersuchenden Arztes:

Unterschrift :

Angaben zur Pflege und Betreuung

Ergänzende Angaben zum Arzzeugnis

Grundpflege

- Selbstständig
- Hilfe beim Baden, Duschen usw.
- Tägliche Hilfe bei Körperpflege
- Umfassende Hilfe bei der Grundpflege (Prophylaxen, Decubitus)

Gehfähigkeit

- Gehfähig
- Gehfähig mit Hilfsmittel
 - Stöcke
 - Böckli
 - Rollator
- Gehfähig mit Hilfe einer Person
- Nicht gehfähig (Rollstuhl)

Bewegung im Bett

- Selbstständig
- Wenig Hilfe
- Körperliche Hilfe durch eine Person
- Körperliche Hilfe durch mehrere Personen
- Vollständige Bettlägerigkeit

Transfer

- Selbstständig
- Wenig Hilfe
- Körperliche Hilfe durch eine Person (aufstehen, absitzen)
- Körperliche Hilfe durch mehrere Personen

Tages-/Nachtrhythmus

- Normaler Tages-/Nachtrhythmus
- Zeitweise Unruhe
 - am Tag
 - Nachts
- Dauernde Unruhe

Alltagsgestaltung

- Selbstständige Alltagsgestaltung
- Braucht Anregung, Zuwendung, Beratung
- Keine eigene Alltagsgestaltung, lässt sich aber zu Aktivitäten animieren
- Intensive persönliche Begleitung notwendig

Ernährung

- Selbstständig
- Wenig Hilfe
- Mit Hilfe
- Sondennahrung
- Spezielle Kost

Spezielle Massnahmen

- Beatmungsgerät
- Absaugen
- Tracheostoma
- Port à cath
- Wundverbände
- Decubitus

An- und Ausziehen:	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbstständig
Körperpflege:	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbstständig
WC-Benützung:	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbstständig
	Urininkontinenz:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Dauerkatheter:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Stuhlinkontinenz:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Zusätzliche Bemerkungen (beispielsweise soziale Situation)

Zuständige Person: _____

Ort: _____ Telefon: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bei Fragen stehen Ihnen gerne zur Verfügung:

Christine Schmid
Fachberaterin Pflege und Betreuung
Telefon direkt 031-970 66 10
christine.schmid@tilia-stiftung.ch

Raffaella Imondi
Fachstellen-Leiterin Administration
Telefon direkt 031-970 66 61
raffaella.imondi@tilia-stiftung.ch

Bitte senden Sie die Anmeldung an:

tilia | Stiftung für Langzeitpflege
Zentrale Fachstelle für Bewohneraufnahme
Tulpenweg 120
3098 Köniz