Personalien

Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Telefon	Mobile
E-Mail	Muttersprache
Geburtsdatum	AHV-Nr. 756.
Heimatort	Nationalität
Zivilstand	Konfession

Ärzte, Krankenkasse

Hausarzt	Adresse
Zahnarzt	Adresse
Augenarzt	Adresse
Weiterer Arzt	Adresse
Krankenkasse	Vers.-Nr.
VEKA-Nr. 80756	Ablaufdatum

1. Bezugsperson

Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Telefon	Mobile
E-Mail	Beziehungsgrad

2. Bezugsperson

Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Telefon	Mobile
E-Mail	Beziehungsgrad

3. Bezugsperson

Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Telefon	Mobile
E-Mail	Beziehungsgrad

4. Bezugsperson

Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Telefon	Mobile
E-Mail	Beziehungsgrad

Finanzierung

☐ Rechnungsstellung erfolgt an Bewohner/in		
☐ Rechnungsstellung erfolgt an Bezugsperson Nr.		
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	☐ ja	☐ nein
Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?	☐ ja	☐ nein

Aktuelle Wohnsituation

☐ eigener Haushalt	☐ Spitex-Betreuung
☐ andere Institution, welche?	

Pflege und Ernährung Eintrittsinformationen

Verfügen Sie über ein elektronisches Patientendossier?	☐ ja	☐ nein
Benötigen Sie Unterstützung beim An- und Ausziehen?	☐ ja	☐ nein
Benötigen Sie Unterstützung bei der Fortbewegung?	☐ ja	☐ nein
Benötigen Sie Unterstützung bei der Körperpflege?	☐ ja	☐ nein
Benötigen Sie Unterstützung beim Toilettengang?	☐ ja	☐ nein
Benötigen Sie Unterstützung beim Essen / Trinken? Welche?	☐ ja	☐ nein
Benötigen Sie eine Diät? Welche?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Welche?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie Allergien? Welche?	☐ ja	☐ nein

(interna: blauer Text an Küche weiterleiten)

Verwendete Hilfsmittel

☐ Brille	☐ Kontaktlinsen	☐ Hörgerät	☐ Zahnersatz
☐ Gehstock	☐ Rollator	☐ Rollstuhl	☐anderes

Das PZ Sonnegg erhebt die genauen Gesundheitsdaten auch beim Hausarzt.

Wichtige persönliche Informationen

Bemerkungen

Spätestens bei Eintritt brauchen wir eine Kopie der folgenden Unterlagen:

- Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite)
- Steuerrechnungen der letzten zwei Jahre
- Patientenverfügung, falls vorhanden
- Vorsorgeauftrag oder Mitteilung des Hinterlegungsortes, falls vorhanden
- Ernennungsurkunde Beistandschaft, falls vorhanden

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Unterschrift Vertretung _____

Name, Vorname _____