



## Benötigte Informationen

# ANFRAGE WOHN- UND PFLEGEPLATZ

Fixeintritt     Ferienzimmer (temporärer Aufenthalt)

### 1. Persönliche Angaben

Vorname	Name
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Heimatort
Tel.	Konfession
AHV-Nummer	Zivilstand
Krankenkasse	Mitglieder-Nummer
Karten-Nummer	

*Bitte eine beidseitige Kopie der Krankenkassen-Karte der Anfrage beifügen!*

Ergänzungsleistungen (der AHV) aktuell?     Nein     Ja

### 2. Angehörige

#### Hauptbezugsperson

Vorname	Name
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
Stellung (Tochter, Nachbar, Freundin)	E-Mail
Tel.	Tel. Mobile

#### Bezugsperson 2

Vorname	Name
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
Stellung (Tochter, Nachbar, Freundin)	E-Mail
Tel.	Tel. Mobile

#### Fakturaadresse Bewohner/Bewohnerin

Strasse/Nr.	PLZ/Ort
-------------	---------



### 3. Aktuelles Arztzeugnis

#### Inhalt: Diagnosen, Medikamente, Behandlungen

Das Zeugnis kann vom Arzt direkt an die Institution übermittelt werden:  
per e-Mail an: [info@buettenberg.ch](mailto:info@buettenberg.ch) oder per Fax an: **032 346 17 10**.

Hausarzt

E-Mail

#### Bestehen ansteckende Krankheiten?

Nein  Ja, folgende: \_\_\_\_\_

#### Covid-19 Impfstatus

Impfung erfolgt am \_\_\_\_\_  Impfung erwünscht  unbekannt

#### Medikamente

---

---

---

---

### 4. Soziale Situation

#### Der Patient kann seine Wohnung:

alleine verlassen  in Begleitung verlassen  nie verlassen

#### Wo hält sich der Patient zurzeit auf?

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

seit

#### Rückkehr nach Hause ist:

möglich  wahrscheinlich  unmöglich

#### Betreuung des Patienten zu Hause durch:

Angehörige  Partner  Bekannte  Haushilfe  
 Hauspflege  Gemeindefrankenflege  Sozialarbeiter  Hilfswerk

andere: \_\_\_\_\_



## Zivilrechtliche Massnahmen

Gibt es aktuell einen FU?  Ja  Nein

Gab es früher Massnahmen?  Nein  Ja, zuständige KESB: \_\_\_\_\_

## Wichtigsten Bezugsperson

Vorname

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Tel.

e-Mail

## 5. Einschränkungen

### Beweglichkeit

Gehen  selbständig  mit Gehhilfe  mit Hilfsperson  wechselnd

Fortbewegung im Rollstuhl  selbständig  mit Hilfsperson  wechselnd

Transfer (z.B. Bett – Stuhl)  selbständig  mit Hilfsperson  wechselnd

Dekubitus  Ja  Nein

Essen  selbständig  mit wenig Hilfe (z.B. kleinschneiden)  unselbständig

Spezielle Kost: \_\_\_\_\_

Sonnennahrung  Nein  Ja

An- und Ausziehen  selbständig  mit wenig Hilfe  unselbständig

Körperpflege  selbständig  mit wenig Hilfe  unselbständig

WC-Benützung  selbständig  mit wenig Hilfe  unselbständig

Urininkontinenz  Nein  Ja

Dauerkatheter  Nein  Ja

Stuhlinkontinenz  Nein  Ja

Visus  normal  leicht eingeschränkt  stark eingeschränkt

Gehör  normal  leicht eingeschränkt  stark eingeschränkt

Orientierung  vorhanden  fehlend in:  Zeit  Ort  Situation  Person



## 6. Kommunikation und Interaktion

Kommunikation und Interaktion ist  Beeinträchtigt  nicht beeinträchtigt

Sich mitteilen  volle Fähigkeit  beeinträchtigt  keine Fähigkeit

Selbst initiierte Aktivitäten  initiiert umfassend eigene Aktivitäten  
 vermehrt selbst initiierte Aktivitäten  
 wenige selbst initiierte Aktivitäten  
 keine selbst initiierten Aktivitäten

Merkmale herausfordernden Verhaltens  Nein

## 7. Therapien

Physiotherapie  Logopädie  Ergotherapie  andere: \_\_\_\_\_

## 8. Weitere wichtige Informationen

---

---

## 9. Bemerkungen und Ergänzungen

---

---

---

### Kontakt für Rückfragen

Vor- und Nachname

Tel.

Stellung Angehörigenperson (Sohn, Tochter, Nachbar, Freundin...)

### Unterschrift Bezugsperson

Ort, Datum

Unterschrift

### Unterschrift Arzt (sofern Aussteller)

Ort, Datum

Unterschrift