

Anmeldung für Heimaufnahme



Datum:.....

Name:..... Vorname:.....

Geb. am:..... Krankenkasse:.....

Pflegegrad: Höherstufung beantragt o ja o nein

Grösse:..... Gewicht:.....

Mobil: **ja** mit Rollstuhl/ Rollator **Nein**

Diagnosen:

.....
.....

Bemerkungen:	Essen, Trinken selbständig	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Hilfe
	Ausscheidung selbständig	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Hilfe
	Grundpflege selbständig	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Hilfe
	Kleiden selbständig	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Hilfe

INFEKTIONSKRANKHEITEN (MRSA, HIV usw):.....

Aufnahme dringend: **ja** **nein**

+++++

Kontaktdaten Angehöriger/ Betreuer:

a)Name/Vorname:.....

Adresse:.....

Verw. Verhältnis:..... Telefon:.....

b)Name/Vorname:.....

Adresse:.....

Verw. Verhältnis:..... Telefon:.....

Sonstiges: