



**Alters- und Pflegeheim  
Bettlach-Selzach  
Baumgarten  
2544 Bettlach**

:

## **ANMELDEFORMULAR**

**Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Datum der Anmeldung** \_\_\_\_\_

**Anmeldung als:**

**TagesaufenthalterIn**

**FerienaufenthalterIn**

**DaueraufenthalterIn**

**Gewünschtes Eintrittsdatum** \_\_\_\_\_

## 1. Personalien

Name _____	Vorname _____
Strasse _____	Geb.-Datum _____
Wohnort* _____	seit wann _____
Telefon _____	Heimatort _____
Zivilstand _____	Konfession _____
Ehem. Beruf _____	AHV-Nr. _____

Bitte Kopie des AHV-Ausweises beilegen

Momentaner Aufenthaltsort \_\_\_\_\_

\*) Zivilrechtlicher Wohnsitz

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

## Adresse von Angehörigen oder sonstigen Vertrauens- und Bezugspersonen

Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Strasse: _____	Strasse: _____
PLZ, Ort: _____	PLZ, Ort: _____
Tel.-Nr.: _____	Tel.-Nr.: _____
E-Mail: _____	E-Mail: _____

Verwandschaftsgrad: \_\_\_\_\_

(Tochter, Sohn, Enkel etc.) (Tochter, Sohn, Enkel etc.)

Verwandschaftsgrad: \_\_\_\_\_

(Tochter, Sohn, Enkel etc.) (Tochter, Sohn, Enkel etc.)

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

## Gesetzliche Vertreter

Name, Funktion, Adresse, E-Mail, Telefon

---

---

---

---

**Rechnung senden an:**

(Name, Adresse)

---

---

**Anmeldung erfolgt durch:**

(bitte ankreuzen)

**Selber**

**Angehörige (Bezugsperson)**

(PartnerIn, Tochter, Sohn, Enkel etc.)

**Spital**

SachbearbeiterIn

---

**Spitex**

SachbearbeiterIn

---

**Vormundsbehörde / Beistand**

SachbearbeiterIn

---

**Andere**

Wenn ja, welche?

---

Bemerkungen:

---

**Spitexbetreuung vor Eintritt ins Heim:**

Ja

nein

**Bezug von Hilfslosenentschädigung:**

Ja

nein

**Anmeldung Ergänzungsleistung bereits erfolgt:**

Ja

nein

## 2. Versicherungen / Ausweise

### Krankenversicherung

Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Sektion: \_\_\_\_\_

Mitglied.-Nr.: \_\_\_\_\_

Bitte Kopie Krankenkassenausweis beilegen

### Unfallversicherung

Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Sektion: \_\_\_\_\_

Mitglied.-Nr.: \_\_\_\_\_

## 3. Ärzte / Medizinisches

### Behandelnder Arzt (Hausarzt)

Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Dort in Behandlung seit: \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

### Spezialärzte

Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Dort in Behandlung seit: \_\_\_\_\_

Grund? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**Spitalaufenthalte**

Spital	von	bis	Grund	Arzt

**Letzte (Spezial-)ärztliche Behandlung:**

Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

Warum? \_\_\_\_\_

**Ärztlich verordnete Medikamente:**

Name des Medikaments	Form	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

**Andere Massnahmen medizinischer und therapeutischer Art:**

(z.B. Tests, Operation, Physiotherapie, Sprechstunden bei Psychiater etc. mit Name, Ort, Datum).

---

---

---

Instanzen, welche sich bisher ambulant mit dem Angemeldeten befasst haben und/oder weitere Auskünfte geben können:

---

---

Wer ist zuständig Organisation und Begleitung zu Terminen ausser Haus? Gibt es bereits Termine die vereinbart sind?

---

---

#### 4. Fragen betreffend Betreuung und Pflege

Welche Art von körperlichen Einschränkungen, Mobilitätsbehinderung hat der /die Angemeldete?

---

---

---

---

Welche Hilfsmittel sind notwendig?

	Ja	Nein	teilweise; wann/wo
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Gehstöcke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Schienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Ist Diät notwendig?

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Notwendige Pflege / Betreuung

	Ja	Nein	teilweise; wann/wo
Dauernd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Braucht Überwachung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Wann			<input type="text"/>

Die Einschränkungen wirken sich gegenüber den Anforderungen im Alltag wie folgt aus:  
(zutreffendes ankreuzen)

	Ja	Zum Teil	Nein
Kann selbständig essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Essen selbständig zerkleinern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann sich waschen (duschen, baden, Haare waschen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann sich an-/auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann zur Toilette gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann gehen ohne Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann gehen mit Stöcken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestehende Sinnesbehinderungen:  
(z.B. Seh- Hör- und Sprachbeeinträchtigung)

---

---

Psychische Behinderung/schwieriges Verhalten:  
(Art der Behinderung und des Verhaltens: Ängste, Phobien etc.)

---

---

---

Neurobiologische / Dementielle Erkrankungen:

(Art der Behinderung und des Verhaltens)

---

---

---

Weitere Einschränkungen oder Allergien:

(z.B. gestörte Blasen- Darmfunktion, Ausschläge, Allergien, Lebensmittelunverträglichkeit, Atemprobleme, Dauertherapie)

---

---

---

**5. Ergänzende Informationen**

Eventuelle spezielle familiäre Situation:

---

---

---

---

---

---

---

Evtl. besondere Erwartungen der einweisenden Stelle an den vorgesehenen Heimaufenthalt:

---

---

---

---

---

Ergänzende Angaben:

(Eigenarten, nennenswerte Reaktionen auf bestimmte Situationen etc.)

---

---

---

---

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Heimleitung, beim Hausarzt und den anderen aufgeführten Institutionen nach Bedarf weitere Auskünfte einzuholen.

Ihre Anmeldeunterlagen werden von uns streng vertraulich behandelt.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Einsenden an:

**ALTERS- UND PFLEGEHEIM  
BAUMGARTEN**  
Dorfplatz 3  
2544 Bettlach

P.S

Sollte die Anmeldung infolge Todesfalls oder Eintritt in ein anderes Heim hinfällig werden, dann wären wir um eine entsprechende Mitteilung dankbar.