Um Ihren Eintritt und Ihren Aufenthalt so optimal wie möglich zu gestalten, bitten wir Sie zusätzlich um folgende Angaben:

**Personalien**

|  |  |
| --- | --- |
|  Name/Vorname |   |
| Geburtsdatum |   | Rufname |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aktueller Aufenthaltsort  |[ ]  Zuhause |[ ]  Sozialmedizinische Institution (z.B. Rehaklinik)  |
|  |[ ]  Spital |[ ]  Andere  |   |
| Patientenverfügung vorhanden |[ ]  ja |[ ]  nein |   |
| Vorsorgeauftrag vorhanden |[ ]  ja |[ ]  nein |   |
| EPD (elektronisches Patientendossier) vorhanden |[ ]  ja |[ ]  nein |  |
| Zugriffsermächtigung EPD |[ ]  ja |[ ]  nein |  |
| Sind Sie Mitglied in einer Sterbehilfeorganisation |[ ]  ja |[ ]  nein |
| Wenn ja, in welcher |   | Seit wann |   |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wünschen Sie eine Beratung zur Finanzierung des Heimaufenthaltes? |[ ]  ja |[ ]  nein |

*Wird vom Feldheim ausgefüllt:*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aufenthalt |  |[ ]  Festeintritt |[ ]  Ferieneintritt |[ ]  Tagesgast  | Tag |   |
| Eintrittsdatum |  |   |  | Zeit |   |  |  |
| Essen Eintrittstag in der Cafeteria  |[ ]  ja |[ ]  nein | Zeit |   |  | Anz. Pers. inkl. Bew. |   |
| Austrittsdatum |  |   |  | Zeit |   |  |  |
| Station/Zimmer |  |   | evt. Verlängerung  |[ ]   |

**Zimmer / Einrichtung / Dienstleistungen**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fernseher im Zimmer |[ ]  ja |[ ]  nein |[ ]  eigener |[ ]  Feldheim | TV-Nr. |   |  |
| Telefon im Zimmer |[ ]  ja |[ ]  nein |[ ]  eigenes |
| Eigenes Natel |[ ]  ja |[ ]  nein | Natel-Nr. |   |
| Wäschereidienst im Feldheim |[ ]  ja |[ ]  nein |  |  |  |
| Möblierung vom Feldheim gewünscht (1 Tisch, 2 Stühle) |[ ]  ja |[ ]  nein |
|   |
|   |

**Gesundheitliche Versorgung, Pflege und Betreuung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beziehen Sie Leistungen der Spitex? |[ ]  ja |[ ]  nein |
| Bestehen Ärztliche Verordnungen?(Physiotherapie, Logopädie etc.) |[ ]  ja |[ ]  nein |
| Wenn ja, welche? |   |
| Zahnarzt: Wünschen Sie einen Wechsel zur mobilen Praxis im Feldheim vor Ort, betreut durch Dr. Traianou/Dr. Zosso, Zofingen? |[ ]  ja |[ ]  nein |

**Angaben zum Gesundheitszustand**

|  |
| --- |
|   |
|   |
|   |
| Diabetes mellitus |[ ]  ja |[ ]  Typ I |[ ]  Typ II |[ ]  nein |
| Polyneuropathie |[ ]  ja |[ ]  mit PAVK |[ ]  ohne PAVK |[ ]  nein |

**Aktuell verordnete Medikamente**

Bitte am Eintrittstag aktuelle Medikamentenverordnung und Medikamente in Originalschachteln mitbringen.

|  |
| --- |
|   |
|   |
|   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Allergien** | **Gehfähigkeit / Hilfsmittel** |
| [ ]  | Keine bekannt | [ ]  | Selbständig |
|[ ]  Ja, folgende |   | [ ]  | Gehfähig mit Hilfe einer Person |
|  |  | [ ]  | Nicht gehfähig (Rollstuhl) |
| **Ernährung** | [ ]  | Bettlägerig |
| [ ]  | Normale Kost | [ ]  | Benötigt Hilfsmittel |
|[ ]  Spezialkost |   |  | [ ]  | Stöcke | [ ]  | privat | [ ]  | Feldheim |
| [ ]  | 1/1 Portion | [ ]  | ½ Portion |  | [ ]  | Böckli | [ ]  | privat | [ ]  | Feldheim |
| [ ]  | Selbständig |  | [ ]  | Rollator | [ ]  | privat | [ ]  | Feldheim |
| [ ]  | Essen eingeben  |  | [ ]  | Rollstuhl | [ ]  | privat | [ ]  | Feldheim |
| [ ]  | Sondennahrung |  | [ ]  |   |  |
|[ ]    | [ ]  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Grundpflege / An- und Ausziehen** | **Kognition** |
| [ ]  | Selbständig | [ ]  | Orientiert |
| [ ]  | Hilfe beim Duschen, Anziehen usw. | [ ]  | Orientierung fehlt |
| [ ]  | Umfassende Pflege  |  | [ ]  | örtlich | [ ]  | zeitlich | [ ]  | situativ |
| [ ]  |   | [ ]  | Weglaufgefährdet |
| [ ]  |   | [ ]  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Spezielle Massnahmen**  | **WC-Benützung** |
| [ ]  | Wundverbände | [ ]  | Selbständig |
| [ ]  | Spezialmatratze | [ ]  | Mit wenig Hilfe |
| [ ]  | Sauerstoff | [ ]  | Immer mit Hilfe |
| [ ]  |   | [ ]  | Urininkontinenz |
| [ ]  |   | [ ]  | Stuhlinkontinenz |
|  |  | [ ]  | Inkontinenzeinlagen |
|  |  |  |  | Produkt |   |
|  |  | [ ]  |   |

**Persönliche Interessen / Hobbys**

|  |
| --- |
|   |
|   |

**Bemerkungen** (z.B. soziale Situation)

|  |
| --- |
|   |
|   |
|   |
| **Gesprächs-Teilnehmende** |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum |   | Unterschrift |   |

Vielen Dank für Ihre Angaben. Bitte senden Sie das Formular an
Feldheim, Feldheimstrasse 1, 6260 Reiden oder per Mail an info@feldheim-reiden.ch

Informationen dazu, wie das Feldheim Personendaten bearbeitet, finden sich in der Datenschutzerklärung des Feldheims auf der Homepage [www.feldheim-reiden.ch](http://www.feldheim-reiden.ch).



**Bitte legen Sie der Anmeldung folgende Zusatz-Unterlagen (Kopien) bei:**

[ ]  Patientenverfügung [ ]  Ärztliche Verordnungen

[ ]  Vorsorgeauftrag [ ]  aktuelle Pflegeberichte (Spitex, Spital etc.)

[ ]  Versicherungskarte der AHV/IV