|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Verteiler intern: | Administration (A) | Finanzen (A) | Pflege (A) | Infrastruktur (S4) |  |
|  | Technik (S4) | Reinigung (S4) | Küche (S4) | Service (S4) | Aktivierung (S4) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personalien & Eintrittsdetails** | | | |
| Familienname |  | Lediger Name |  |
| Vorname |  | Zivilstand |  |
| Geburtsdatum |  | Konfession |  |
| Eintritsdatum & -zeit |  | Heimatort |  |
| Zimmernummer |  | AHV-Nummer | 756. |
| Langzeitaufenthalt | Ja, ab | Gourmettaplatz | Ja  Nein |
| Kurzzeit | Ja, von | Mittagessen am Eintrittstag mit Angehörigen? | |
| Übergangspflege | Ja, von | Ja, Anzahl Personen        Nein | |
| Tagesstruktur | Ja, jeweils am | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wohnsitzadresse** (zivilrechtliche Wohnsitzgemeinde) | | | |
| Strasse/Nr. |  | Telefonnummer |  |
| PLZ/Ort |  | Handynummer |  |
| E-Mail-Adresse |  | | |
| Bitte das Gesuch «Pflegefinanzierung» für die Restkostenfinanzierung der Pflegekosten Ihrer Wonsitzgemeinde beilegen (Ausnahme: Einwohner:innen der Seegemeinden Weggis, Greppen und Vitznau) | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aktueller Aufenthaltsort** (zum Beispiel Klinik, Spital, Kurhaus, anderes Heim, Angehörige) | | | |
| Aufenthaltsort |  | Pflegebericht | Ja  Nein |
| PLZ/Ort |  | Physioverordnung | Ja  Nein |
| Telefonnummer |  | Medikamentenliste | Ja  Nein |
| E-Mail-Adresse |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Spitex** (falls vor Heimeintritt zu Hause beansprucht) | | | |
| Name |  | Telefonnummer |  |
| Besteht bereits eine Pflege-Einstufung?  Ja  Nein | | Wird zurzeit Mahlzeitendienst geliefert?  Ja  Nein | |

|  |
| --- |
| Erste Informationen zum Gesundheitszustand/Pflegeaufwand |
|  |

|  |
| --- |
| **Bezugsperson** (ist erste Kontaktperson mit der Hofmatt) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Ehefrau  Ehemann | Tochter  Sohn | Schwester  Bruder | Schwägerin  Schwager | Nichte  Neffe | Beiständin  Beistand | Lebenspartnerin  Lebenspartner | anderes: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Handynummer |  |
| Vorname |  | Tel. Privat |  |
| Strasse Nr. |  | Tel. Geschäft |  |
| PLZ/Ort |  |  |  |
| E-Mail-Adresse\* | \***zwinged für Infos aus der Hofmatt** | | |

|  |
| --- |
| **Angehörige/Angehöriger** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Ehefrau  Ehemann | Tochter  Sohn | Schwester  Bruder | Schwägerin Schwager | Nichte  Neffe | Beiständin  Beistand | Lebenspartnerin  Lebenspartner | anderes: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Handynummer |  |
| Vorname |  | Tel. Privat |  |
| Strasse/Nr. |  | Tel. Geschäft |  |
| PLZ/Ort |  |  |  |
| E-Mail-Adresse |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Finanzielles** | |
| Rechnung an Bewohner/Bewohnerin | Ja  Nein |
| Wenn nein, geht Rechnung an folgende Person (Rechnungsempfänger:in): | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Ehefrau  Ehemann | Tochter  Sohn | Schwester  Bruder | Schwägerin Schwager | Nichte  Neffe | Beiständin  Beistand | Lebenspartnerin  Lebenspartner | anderes: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name und Vorname |  | Handynummer |  |
| Strasse/Nr. |  | Tel. Privat |  |
| PLZ/Ort |  | Tel. Geschäft |  |
| E-Mail-Adresse |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Privathaftplichtversicherung** | | |
| Kollektiv-Haftpflichtversicherung der Hofmatt  CHF 5.- pro Monat | Ja | Nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Post** | | |
| Post an Bewohner/Bewohnerin | Ja | Nein (CHF 5.- pro Weiterleitung, 2x monatlich) |
| Wenn nein, geht offizielle Post an folgende Person: | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Ehefrau  Ehemann | Tochter  Sohn | Schwester  Bruder | Schwägerin Schwager | Nichte  Neffe | Beiständin  Beistand | Lebenspartnerin  Lebenspartner | anderes: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name und Vorname |  | Handy |  |
| Strasse/Nr. |  | Tel. Privat |  |
| PLZ/Ort |  | Tel. Geschäft |  |
| E-Mail-Adresse |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bisheriger Hausarzt** | | | |
| Name/Vorname |  | Tel. Geschäft |  |
| Strasse/Nr. |  |  |  |
| PLZ/Ort |  |  | |
| E-Mail-Adresse |  | | |
| Wechsel zu neuem Hausarzt? | | | |
| nein, bleibt beim bisherigen Hausarzt | | | |
| Arztpraxis Weggishof AG, Luzernerstrasse 34, 6353 Weggis, 041 390 24 34, arztpraxis.weggishof@hin.ch | | | |
| Dr. Ueli Lang, Parkstrasse 18, 6353 Weggis, 041 390 22 33, praxisuelilang@hin.ch | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Krankenversicherer** | | | |
| Name |  | Versicherten-Nr. |  |
| Strasse/Nr. |  | Telefonnummer |  |
| PLZ/Ort |  |  | |
| Kartennummer (20 Zahlen) zwingend notwendig | | 8075 | |
| bitte zwingend eine Kopie der Versichertenkarte beilegen | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dokumente zum Einreichen** | | | | |
| Patientenverfügung  (bitte Kopie beilegen) | Ja  Nein |  | Krankenkassenkarte  (bitte Kopie beilegen) | Ja  Nein |
| Beistandschaft  (bitte Kopie beilegen) | Ja  Nein |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Leistungsbezüge** | | | | |
| Bezüger Invalidenleistung? | Ja | Nein | | |
| Bezüger Hilflosenentschädigung? | Ja, leicht | Ja, mittel | Ja, schwer | Nein |
| Bezüger Ergänzungsleistung? | Ja | Nein (maximal CHF 180.- Aufenthaltstaxe pro Tag) | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personalien & Eintrittsdetails** | | | |
| Familienname |  | Lediger Name |  |
| Vorname |  | Zivilstand |  |
| Geburtsdatum |  | Konfession |  |
| Eintritsdatum & -zeit |  | Heimatort |  |
| Zimmernummer |  | AHV-Nummer | 756. |
| Langzeitaufenthalt | Ja, ab | Gourmettaplatz | Ja  Nein |
| Kurzzeit | Ja, von | Mittagessen am Eintrittstag mit Angehörigen? | |
| Übergangspflege | Ja, von | Ja, Anzahl Personen        Nein | |
| Tagesstruktur | Ja, jeweils am | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zimmereinrichtung** | | |
| Ferienzimmer einrichten? | Ja  Nein | Bemerkungen: |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Telefon-Anschluss mit Apparat? CHF 25. pro Monat | | Ja  Nein  Handynummer: |
| TV-Anschluss? CHF 15 pro Monat | | Ja  Nein |
| TV-Apparat Hofmatt? CHF 30 pro Monat | | Ja  Nein |

|  |
| --- |
| **Privatwäsche** |
| Bei Eintritt wird die Privatwäsche obligatorisch beschriftet für einmalig CHF 150.– |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Essgewohnheiten** | | | |
| Normalkost? | Ja  Nein | Allergien? | Ja, welche?  Nein |
| Diätkost/Sonderkost? | Ja, welche?  Nein | | |

|  |
| --- |
| **Sonstige Bemerkungen** |
|  |
|  |
|  |
|  |

Dieses Formular senden Sie bitte an:   
AltersZentrum Hofmatt, Hofmatt 1, 6353 Weggis oder info@hofmatt.org