|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ] EhefrauEhemann | [ ]  TochterSohn | [ ]  SchwesterBruder | [ ]  SchwägerinSchwager | [ ]  NichteNeffe | [ ]  BeiständinBeistand | [ ]  LebenspartnerinLebenspartner | [ ]  anderes:       |

 |

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ] EhefrauEhemann | [ ]  TochterSohn | [ ]  SchwesterBruder | [ ]  Schwägerin Schwager | [ ]  NichteNeffe | [ ]  BeiständinBeistand | [ ]  LebenspartnerinLebenspartner | [ ]  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): |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ] EhefrauEhemann | [ ]  TochterSohn | [ ]  SchwesterBruder | [ ]  Schwägerin Schwager | [ ]  NichteNeffe | [ ]  BeiständinBeistand | [ ]  LebenspartnerinLebenspartner | [ ]  anderes:       |

 |

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

|  |
| --- |
| **Privathaftplichtversicherung** |
| Kollektiv-Haftpflichtversicherung der HofmattCHF 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: |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ] EhefrauEhemann | [ ]  TochterSohn | [ ]  SchwesterBruder | [ ]  Schwägerin Schwager | [ ]  NichteNeffe | [ ]  BeiständinBeistand | [ ]  LebenspartnerinLebenspartner | [ ]  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