|  |  |
| --- | --- |
| **Wird durch das AltersZentrum Hofmatt ausgefüllt** | [ ]  Information (A) |
| Name / Vorname |       | [ ]  Pflegeabteilung (A) |
| Geburtsdatum |       | [ ]  Finanzen (A) |
| Zimmernummer |       | [ ]  Verpflegung (S1) |
| Eintrittsdatum |       | [ ]  Service (S1) |
| Eintrittszeit  |       | [ ]  Reinigung & Wäscheversorgung (S1) |
| Befristete Aufenhaltsdauer |  [ ]  Ja von       bis        [ ]  Nein  |  |
| Mittagessen am Eintrittstag mit Angehörigen | [ ]  Ja [ ]  Nein Anzahl Personen        | [ ]  Infrastruktur & Hauswirtschaft (S1) |
| Gourmettaplatz | [ ]  Ja [ ]  Nein | [ ]  Aktivierung (S1) |

### Benötigte Angaben und Informationen

|  |
| --- |
| **Wird durch die Bewohnerin / den Bewohner oder deren Angehörigen ausgefüllt** |
| **Zimmereinrichtung** |
| Kurzzeitaufenthalt:Ferienzimmer einrichten? | [ ]  Ja[ ]  Nein |  | TV-Anschluss?CHF 15.00 pro Monat | [ ]  Ja[ ]  Nein |
| Telefon-Anschluss mit Apparat?CHF 25.00 pro Monat | [ ]  Ja[ ]  Nein |  | TV-Apparat durch Hofmatt?CHF 30.00 pro Monat | [ ]  Ja[ ]  Nein |
| Habe eigenes HandyNummer: | [ ]  Ja[ ]  Nein | WLAN öffentlich: AZH\_ExtPasswort: 6353weggis | kostenlos |

|  |
| --- |
| **Privatwäsche** |
| Bei Eintritt wird die Privatwäsche obligatorisch beschriftet für einmalig CHF 150.00 |

|  |
| --- |
| **Auto** |
| Auto Einstellplatz? CHF 90 pro Monat  | [ ]  Ja[ ]  Nein | Auto Abstellplatz auf Hofmatt Areal?CHF 50 pro Monat | [ ]  Ja[ ]  Nein |

|  |
| --- |
| **Essgewohnheiten** |
| Normalkost? | [ ]  Ja[ ]  Nein |  | Allergien? | [ ]  Ja[ ]  Nein |
| Diätkost/Sonderkost? | [ ]  Ja[ ]  Nein | Anderes? | [ ]  Ja[ ]  Nein |

|  |
| --- |
| **Wird durch die Bewohnerin / den Bewohner oder deren Angehörigen ausgefüllt** |
| **Personalien** |
| Familienname |       | Lediger Name |       |
| Vorname |       | Geburtsdatum |       |
| Zivilstand |       | Konfession |       |
| AHV-Nummer | 756. | Heimatort |       |

|  |
| --- |
| **Wohnsitzadresse** (zivilrechtliche Wohnsitzgemeinde) |
| Strasse / Nr. |       | Telefonnummer |       |
| PLZ / Ort |       | Handynummer |       |
| E-Mail-Adresse |       |

|  |
| --- |
| **Aktueller Aufenthaltsort** (zum Beispiel Klinik, Spital, Kurhaus, anderes Heim, Angehörige) |
| Aufenthaltsort |       | E-Mail-Adresse |       |
| Strasse / Nr. |       | Telefonnummer |       |
| PLZ / Ort |       | Handynummer |       |
| Pflegebericht  | [ ]  Ja [ ]  Nein | Medikamentenliste | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Sonstiges | [ ]  Ja [ ]  Nein | Physiotherapie-verordnung | [ ]  Ja [ ]  Nein |

|  |
| --- |
| **Hausarzt**  |
| Name / Vorname |       | Telefonnummer |       |
| Strasse / Nr. |       | Faxnummer |       |
| PLZ / Ort |       | E-Mail-Adresse |       |

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

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

|  |
| --- |
| **Covid-19** |
| Covid-Zertifikat vorhanden? ☐ Ja / ☐ Nein (bitte Kopie beilegen) |

|  |
| --- |
| **Bezugsperson** |
|

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

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

|  |
| --- |
| **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): |
|

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

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

|  |
| --- |
| **Post**  |
| Post an Bewohner / Bewohnerin  | [ ]  Ja | [ ]  Nein (CHF 5.00 pro Weiterleitung, 2x monatlich) |
| Wenn nein, geht offizielle Post an folgende Person: |
|

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

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

|  |
| --- |
| **Privathaftplichtversicherung** |
| Kollektiv-Haftpflichtversicherung der HofmattCHF 5.00 pro Monat | [ ]  Ja [ ]  Nein |

|  |
| --- |
| **Dokumente zum Einreichen** |
| Patientenverfügung(bitte Kopie beilegen) | [ ]  Ja[ ]  Nein |  | Krankenkassenkarte(bitte Kopie beilegen) | [ ]  Ja[ ]  Nein |
| Beistandschaft(bitte Kopie beilegen) | [ ]  Ja[ ]  Nein | Personalausweis ID / Pass(bitte Kopie beilegen) | [ ]  Ja[ ]  Nein |

|  |
| --- |
| **Leistungsbezüge** |
| Bezüger Invalidenleistung? | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Bezüger Hilflosenentschädigung? | [ ]  Ja [ ]  Nein (mittlere CHF 588.00, schwere CHF 940.00) |
| Bezüger Ergänzungsleistung? | [ ]  Ja [ ]  Nein (maximal CHF 180.00 Aufenthaltstaxe pro Tag) |

|  |
| --- |
| **Erste Informationen zum Gesundheitszustand / Pflegeaufwand (bei Übertritt von zu Hause)** |
|  |
|  |
|  |

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

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