|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 Handy Nummer: | Ja  Nein | WLAN öffentlich: AZH\_Ext  Passwort: 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** | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 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 |  | | |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Post** | | | | | |
| Post an Bewohner / Bewohnerin | | Ja | Nein (CHF 5.00 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 |  | | | Handy |  |
| Vorname |  | | | Tel. Privat |  |
| Strasse / Nr. |  | | | Tel. Geschäft |  |
| PLZ / Ort |  | | | | |
| E-Mail-Adresse |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Privathaftplichtversicherung** | |
| Kollektiv-Haftpflichtversicherung der Hofmatt  CHF 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](mailto:info@hofmatt.org)