**1. Personalien**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | |
| Vorname: | |
| Geburtsdatum | Geschlecht  männlich  weiblich |
| Adresse | PLZ Ort |
| Telefon Privat | Natel |
| Heimatort | Konfession |
| Beruf (ehem.) | AHV-Nr. |

**2. Zivilstand**

Alleinstehend Verheiratet Verwitwet Geschieden

**3. Nächste Angehörige**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Bezugsperson | Verwandtschaftsgrad: |
| Name | Vorname |
| Adresse | PLZ Ort |
| Telefon | Natel |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. Bezugsperson | Verwandtschaftsgrad: |
| Name | Vorname |
| Adresse | PLZ Ort |
| Telefon | Natel |

4. Hausarzt

|  |  |
| --- | --- |
| Name | Vorname |
| Adresse | PLZ Ort |
| Telefon Praxis | Telefon Privat |
|  | E-Mail |

**5. Aktueller Zustand**

|  |
| --- |
| *Mobilität*:   selbständig   mit Hilfe   mit Rollator  mit Stock   im Rollstuhl |

*Orientierung*:   Ist zeitlich und örtlich orientiert   braucht Unterstützung

**6. Nimmt Klientin / Klient Medikamente**

ja Medikamente und Medikamentenliste bitte beim Aufenthalt mitgeben

nein

**7. Besonderes**

Ernährung:

Alltagsgestaltung:

Sonstiges, nämlich:

**13. Aufenthalt**

Erster Tag, Datum:

Häufigkeit:  2x wöchentlich  1x wöchentlich  14 täglich  Andere Häufigkeit

Ort und Datum: Anmeldende Person: