**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: