



Anmeldeformular

Name, Vorname _____

Adresse _____

Plz Ort _____

Personalien

Telefon-Nummer	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Heimatort / Kanton	
Wohnsitzgemeinde	
AHV-Nummer	
Zivilstand	
Konfession	
Beruf	
Krankenkasse	
Mitglied-Nr. Krankenk.	
Namen des Vaters	
Namen der Mutter	
Ledigname Mutter	
Namen Ehepartner	
Geburtstag Ehepartner	

Angehörige oder allfällige gesetzliche Vertretung (Kontaktadresse, 1. Bezugsperson)

Name	
Vorname	
Strasse	
Plz, Ort	
Telefon-Nummer	
Natel / e-Mail	
Verwandtschaftsgrad	

Weitere Angehörige und Bezugspersonen

Name	
Vorname	
Strasse	
Plz, Ort	
Telefon-Nummer	
Natel / e-Mail	
Verwandtschaftsgrad	

Grund der Anmeldung: _____

Ferienbett / temporärer Aufenthalt gewünscht vom: _____ bis: _____

- Eintrittstermin**
- so bald als möglich
- Anmeldung vorsorglich
- erst bei Pflegebedürftigkeit

- Kontaktadresse**
- Interessent/in selber
- Angehörige
- gesetzliche Vertretung

Ort, Datum:

Unterschrift Interessent/in od. gesetzliche Vertretung:

Arztzeugnis

für Langzeitkranke und Behinderte im Kanton Bern

Der Anmeldung in verschlossenem Umschlag beilegen

An die ärztliche Leitung

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ Plz Ort _____

Geburtstag _____ Telefon _____

Definitiver Aufenthalt: Ja Nein

Ferienaufenthalt: Ja Nein

Weitere Heimanmeldungen: Ja Nein wenn ja, wo: _____

Diagnosen

Therapie (Medikamente, Physio-, Ergo- Aktivierungstherapie, anderes)

Letzter Spitalaufenthalt, wo: _____

von: _____ bis: _____ Bitte wichtige Berichte beilegen

Soziale Situation

Der Patient kann seine Wohnung allein in Begleitung nie verlassen

Wo hält sich der Patient zur Zeit auf: _____

seit: _____ Rückkehr nach Hause möglich wahrscheinlich unmöglich

Betreuung des Patienten zu Hause durch: Partner Angehörige Bekannte

Hauspflege Gemeindefrankenfleger Haushilfe Sozialarbeiter

Hilfswerk andere: _____

Name / Adresse der wichtigsten Bezugsperson:

Behinderungen

Beweglichkeit:

Gehen: " mit Gehhilfe (z.B. „Böckli“, Rollator...) " ohne Gehhilfe

 " mit Hilfsperson " wechselnd " selbständig

Fortbewegung im Rollstuhl: " mit Hilfsperson " wechselnd " selbständig

Transfer (z. B. Bett/Stuhl): " unselbständig " wechselnd " selbständig

Essen: " unselbständig " mit wenig Hilfe " selbständig

Sondernahrung: " Ja " Nein

Spezielle Kost: _____

An- und Ausziehen: " unmöglich " mit wenig Hilfe " selbständig

Körperpflege: " unmöglich " mit wenig Hilfe " selbständig

Decubitus: " Ja " Nein

WC-Benützung: " unmöglich " mit wenig Hilfe " selbständig

Urininkontinenz: " Ja " Nein Dauerkatheter: " Ja " Nein

Stuhlinkontinenz: " Ja " Nein

Visus: " stark eingeschränkt " leicht eingeschränkt oder normal

Gehör: " stark eingeschränkt " leicht eingeschränkt oder normal

Sprachliche Verständigung: " unmöglich " eingeschränkt " möglich

Orientierung fehlend in: " Zeit " Ort " Situation " Person

Radiologische Untersuchung auf Lungentuberkulose

Gemäss Richtlinien des Kantosarztes betr. Massnahmen zur Tuberkulosebekämpfung in Alters- und Pflegeheimen

Datum Thorax-RX-Untersuchung innert der letzten 6 Monate _ _____

Hinweise für aktive Tbc Nein "

 Ja " (eingeleitete Massnahmen bitte unter „Bemerkungen und Ergänzungen“
 aufführen.)

Bemerkungen und Ergänzungen

Hausarzt: _____

Stempel / Telefon / Unterschrift
des untersuchenden Arztes:

Ort / Datum
