

Sehr geehrte Interessenten, sehr geehrte Angehörige, sehr geehrte Ansprechpersonen  
Gerne möchten wir Sie bitten das vorliegende Personalienblatt und die Checkliste auszufüllen.  
Gleichzeitig möchten wir Sie informieren, dass es in der Tagesbetreuung Luzernerring zwei Be-  
treuungsangebote gibt. Eines davon für eine Kleingruppe von ca. 10 Menschen mit erhöhtem Be-  
treuungsbedarf, das andere für eine Grossgruppe von ca. 15 Menschen in einem offeneren Rah-  
men. Gerne können sie die Wahl der Gruppe mit dem Arzt besprechen. Dieser wird dann eine  
Verordnung ausstellen. Auch ein späterer Wechsel ist möglich.

**Personalien**

Frau /  Herr

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

**AHV-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse / Nr.:** \_\_\_\_\_

Gültig bis: \_\_\_\_\_

**Angehörige / Ansprechpersonen** (Adresse / Tel. Nr. / E-Mail)

Ehepartner/in

Tochter/Sohn

Tochter/Sohn

Rechnungsempfänger

Beistand

Rechnungsempfänger

Beistand

**1.**

**2.**

Spitexdienste - Adresse / Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

Vorgesehenes Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

Gewünschte Wochentage:

Mo  Di  Mi  Do  Fr

Wird **Transportdienst** gewünscht?

(Falls JA - bitte Formular *Ärztliches Attest für den Transport* ausfüllen!)

JA

NEIN

**Wird von der Mitarbeiterin nach der Besichtigung ausgefüllt:**

Besichtigungstermin durchgeführt am: \_\_\_\_\_

Von (Visum MA): \_\_\_\_\_

Zusammenfassung Vorstellungsgespräch: \_\_\_\_\_

**Tagesgast, Name / Vorname :** \_\_\_\_\_

Für die ganzheitliche Betreuung des Interessenten sind wir auf folgende Angaben angewiesen.  
Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an.

**Körperliche Belastungsfähigkeit und Mobilität:**

- Selbständig
- Hilfestellung beim Transfer:
  - Liegen  Sitzen  Stehen  Gehen
- Rollator / Stock
- Rollstuhl
- Ergänzungen \_\_\_\_\_
- 

**Kommunikation / Orientierung**

- Kontaktfreudig / gesellig
- Eher zurückhaltend
- Sprachproblem
- Sehprobleme ( Brille)
- Hörproblem ( Hörgerät)
- Ergänzungen \_\_\_\_\_

**Ernährung und Nahrungsaufnahme**

- Normale Kost
- Schluckstörung
- Hilfe beim Essen zerkleinern
- Anwenden von Spezialbesteck/-geschirr
- Allergien / Unverträglichkeiten
- Ergänzungen \_\_\_\_\_

**Unterstützung / Pflege zu Hause durch**

- Keine / Selbständig
- Probleme zu Hause
- Hilfe von : \_\_\_\_\_
- Spitex
- Ergänzungen \_\_\_\_\_

**Medikation**

- Unterstützung bei Medikamenteneinnahme
- Medikamente besorgen / richten
- Einnahme überwachen
- Diabetes
- Injektion ausführen / kontrollieren
- Allergien / Unverträglichkeiten
- Ergänzungen \_\_\_\_\_

**Orientierungs- und Denkvermögen**

- Voll orientiert
- Kognitiv beeinträchtigt
- Zeitweise / dauernd desorientiert
- Verlangsamt im :
  - Denken /&  Handlungsabläufen
- Ergänzungen \_\_\_\_\_

**Psychische Befindlichkeit**

- Stabil / Ausgeglichen
- Ängstlich
- Zeitweise müde / antriebslos / traurig
- Innere Unruhe
- Ergänzungen \_\_\_\_\_

**Toilettenbenutzung / Ausscheidung**

- Selbständig
- Muss erinnert / begleitet werden
- Hilfe beim An-/ Auskleiden / Reinigen
- Inkontinenzberatung
- Ergänzungen \_\_\_\_\_

**Frühere Hobbies:** \_\_\_\_\_

**Was wünschen Sie sich von einem Aufenthalt in der Tagsbetreuung?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_