



Vordruck für die Erstellung der Rangordnung um Aufnahme

Dieser Fragebogen ist nach bestem Wissen und Gewissen auszufüllen. Die Verwaltung kann diesen Fragebogen mit dem ärztlichen Zeugnis des Ansuchens abgleichen und behält sich eventuelle Kontrolle vor.

NAME:
Adresse:
Geburtsdatum: Versicherungsnummer:
Hausarzt:
Vertrauensperson:
Kontakt:

Pflegebedürftigkeit			
Pflegestufe (bitte ankreuzen)	Covid-19: geimpft <input type="checkbox"/> ungeimpft: <input type="checkbox"/>		
1 + 2 EHB	<input type="checkbox"/>	10 Punkte	
3 (TP 1)	<input type="checkbox"/>	20 Punkte	
4 (TP 2)	<input type="checkbox"/>	30 Punkte	
5 (TP 3)	<input type="checkbox"/>	40 Punkte	
6 (TP 4)	<input type="checkbox"/>	50 Punkte	
7 (TP 5)	<input type="checkbox"/>	60 Punkte	
Selbstständigkeit			
	Ja 0 Pkt.	Teilweise Je 2 Pkt.	Nein Je 4 Pkt.
beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei der Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim sich Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Benützen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet unter...			
	Nein	Teilweise	Ja
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung			
	Normal	Leicht desorientiert	Schwer desorientiert
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Punkte:

Familiäre und soziale Situation	
a) Möglichkeit und Zumutbarkeit der Betreuung zu Hause durch die Familie oder durch andere Dienste	
Ist die Betreuung zuhause möglich?	<input type="checkbox"/> Ja (0 Pkte.)
	<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung (5 Pkte.)
	<input type="checkbox"/> Nicht möglich (10 Pkte.)
Anmerkung:	Punkte:
b) das Vorhandensein von einschränkenden Elementen in der derzeitigen Wohnsituation	
Ist die Wohnung behindertengerecht bzw. altengerecht	<input type="checkbox"/> Ja (0 Pkte)
	<input type="checkbox"/> mit Einschränkungen (5 Pkte)
	<input type="checkbox"/> nicht möglich (10 Pkte)
Anmerkung:	Punkte:
c) das Vorhandensein von spezifischen persönlichen Schwierigkeiten des Antragstellers	
Spezifische persönliche Schwierigkeiten des Antragstellers	<input type="checkbox"/> Keine Schwierigkeiten (0 Pkt)
	<input type="checkbox"/> Teilw. Schwierigkeiten sich alleine aufzuhalten (5 Pkte.)
	<input type="checkbox"/> Kann sich nicht alleine aufhalten (10 Pkte.)
Anmerkung:	Punkte:

weitere Bewertungselemente (wird vom Heim ausgefüllt)	
Ansuchende mit meldeamtlichem Wohnsitz in den Verbandsgemeinden	<input type="checkbox"/> 20 Punkte
Andere Ansuchende	<input type="checkbox"/> 0 Punkte
Weitere bis zu max. 10 Punkte ergeben sich aufgrund des Datums des eingereichten Ansuchens. Diese Berechnung erfolgt durch die Heimleitung: <i>0 Punkte Ansuchen jünger als 3 Monate; 5 Punkte Ansuchen zwischen 3 und 6 Monate alt; 10 Punkte Ansuchen mehr als 6 Monate alt.</i>	Punkte:

SUMME der Punkte:	Max. 160	Gesamt:
--------------------------	----------	----------------

Datum und Unterschrift: _____