

- Anmeldung Tages- und Nachtaufenthalt**
 Anmeldung Ferienaufenthalt
-

Personalien

Name: Geburtsdatum:
Vorname: Konfession:
Strasse: Zivilstand:
PLZ, Wohnort: Heimatort:
Zivilrechtlicher Aktueller
Wohnsitz: Aufenthaltsort:
Telefonnummer: AHV-Nummer:

Eintritt Tagesstätte

Eintritt aus: eigenem Haushalt Reha / Spital
Gewünschter Eintritt in die Tagesstätte:
Gewünschte Tage: Montag Mittwoch Freitag
Kosten siehe Taxordnung

Eintritt Ferienaufenthalt

Eintritt aus: eigenem Haushalt Reha / Spital
Gewünschter Eintritt: Gewünschter Austritt:
Kosten siehe Taxordnung

Der Aufenthalt richtet sich nach dem aktuell gültigen Reglement für das Alters- und Pflegezentrum Zehntfeld, der Taxordnung und der Hausordnung der Institution.

Im Verhinderungsfall müssen die vereinbarten Ferientage bis spätestens 24 Std. im Voraus abgemeldet werden. Ansonsten werden die Reservationskosten von Fr. 150.00 nicht zurückvergütet.

Angehörige / Kontaktpersonen

1. Bezugsperson

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ, Wohnort:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Natel:

E-Mail:

Beziehung:

2. Bezugsperson

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ, Wohnort:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Natel:

E-Mail:

Beziehung:

Finanzielles

Sie erledigen finanzielle Angelegenheiten selber: Ja Nein

Die finanziellen Angelegenheiten werden erledigt durch (Rechnungsadresse):

Name: Vorname:

Strasse: PLZ, Wohnort:

Tel. Privat: Tel. Geschäft:

Natel: E-Mail:

Beziehung:

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen: Ja Nein

Erhalten Sie Hilfslosen-Entschädigung: Ja Nein

Krankenversicherung / Unfallversicherung

Krankenkasse:

Geschäftsstelle:

Versicherungs-Nr.:

Versicherungskarten-Nr.:

Zusatzversicherung:

Versicherung: Allgemein Halbprivat Privat

Ärzte

Hausarzt / -ärztin:

Zahnarzt / -ärztin:

Spezialisten:

Diagnosen:

.....
.....

Patientenverfügung vorhanden: Ja Nein

Aufbewahrungsort:

.....

Reanimation: Ja Nein

Anitkoaguliert: Ja Nein

Diabetikerin: Ja Nein

Insulin: Ja Nein

Medikamente: Ja Nein

Wenn Ja, bitten wir um Beilage der aktuellen Medikamentenliste.

Besondere Medikamenteneinnahme:

.....

Angaben über Krankheiten / Gesundheitszustand

.....

.....

Betreuung

Unterstützung beim Essen: Ja Nein

Essen und Trinken:

Was Sie gerne mögen:

Was Sie nicht gerne mögen:

Unterstützung bei der Mobilisation (gehen, aufstehen, absitzen) Ja Nein

Begleitung auf WC: Ja Nein

Inkontinenzeinlagen: Ja Nein
(Wenn Ja, bitte mitbringen)

Mundpflege: Ja Nein

Mittagsruhen: Ja Nein

Brillenträger: Ja Nein

Hörgeräte: Ja Nein

Zahnprothesen: Ja Nein

Religion / Spiritualität ist Ihnen wichtig: Ja Nein

Besondere Wünsche / was wir noch wissen sollten:

.....

.....

Biographische Angaben

Kinder / Enkelkinder:

Bezugspersonen:

Beruf:

Letzte ausgeführte Tätigkeit:

Hobbys / Vereinsaktivitäten (aktuell oder ehemalig):

.....

Beschäftigungen:

Was Sie gerne machen:

Was Sie nicht gerne machen:

Beratung

Wünschen Sie eine Kontaktaufnahme durch die Drehscheibe: Ja Nein

Haben Sie bisher ambulante Pflege beansprucht: Ja Nein

Auskünfte

Der / die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Heimleitung sowie die Pflegedienstleitung beim Hausarzt sowie bei Spitälern/Heimen medizinische Auskünfte einzuholen und Unterlagen einzufordern. Der Arzt sowie das Spital/Heim werden somit von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden. Die Heimleitung sowie der Pflegedienst verpflichten sich, sämtliche Angaben vertraulich zu behandeln.

.....
(Ort und Datum)

.....
(Unterschrift)