

Anmeldung Tages- & Nachtaufenthalt

Anmeldung Ferienaufenthalt

Personalien

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

Eintritt Tagesstätte

Eintritt aus: eigenem Haushalt Heim / Spital

Gewünschtes Eintrittsdatum:

Gewünschte Tage: Montag Freitag

Eintritt Ferienaufenthalt

Eintritt aus: eigenem Haushalt Heim / Spital

Gewünschtes Eintrittsdatum: Geplanter Austritt:

Der Aufenthalt richtet sich nach dem aktuell gültigen Reglement für das Alters- und Pflegezentrum Zehntfeld, der Taxordnung und der Hausordnung der Institution.
Die Reservationskosten von CHF 150.00 werden nach Ferienantritt bei der Schlussrechnung rückvergütet. Im Verhinderungsfall werden die Reservationskosten nicht zurück-erstattet.

Angehörige | Kontaktpersonen

1. Bezugsperson

Name: Vorname:
Strasse: PLZ, Wohnort:
Tel. Privat: Tel. Geschäft:
Mobiltelefon: E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:

2. Bezugsperson (falls 1. nicht erreichbar)

Name: Vorname:
Strasse: PLZ, Wohnort:
Tel. Privat: Tel. Geschäft:
Mobiltelefon: E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:

Gesetzliche Vertretung

(Begleitbeistandschaft | Mitwirkungsbeistandschaft | umfassende Beistandschaft)

Name: Vorname:
Strasse: PLZ, Wohnort:
Tel. Privat: Tel. Geschäft:
Mobiltelefon: E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:

Zehntfeld.

Ärzte

Hausarzt/-ärztin:

Zahnarzt/-ärztin:

Krankenversicherung

Krankenkasse:

Geschäftsstelle:

Versicherten-Nr.:

Versicherungskarten-Nr.:

Gültigkeitsdatum:

Finanzielles

Erledigen Sie die finanziellen Angelegenheiten selber? Ja Nein

Die finanziellen Angelegenheiten werden erledigt durch (Rechnungsadresse):

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ, Wohnort:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Verwandtschaftsgrad:

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen? Ja Nein

Erhalten Sie Hilflosen-Entschädigung? Ja Nein

Zehntfeld.

Gesundheit

- Patientenverfügung vorhanden: Ja Nein
- Einwilligung Reanimation: Ja Nein
- Blutverdünnt: Ja Nein
- Diabetiker/in: Ja Nein
- Insulin: Ja Nein
- Medikamente: Ja Nein

Wenn Ja, bitten wir um Beilage der aktuellen Medikamentenliste.

Besondere Medikamenteneinnahme:

Angaben über Krankheiten | Gesundheitszustand

Allergien

Betreuung

Unterstützung beim Essen: Ja Nein

Essen und Trinken, was Sie gerne mögen:

Essen und Trinken, was Sie nicht gerne mögen:

- Unterstützung bei der Mobilisation
(gehen, aufstehen, absitzen): Ja Nein
- Begleitung auf WC: Ja Nein
- Inkontinenzeinlagen:
(wenn Ja, bitte mitbringen) Ja Nein
- Mundpflege: Ja Nein
- Mittagsruhen: Ja Nein
- Brillenträger/in: Ja Nein
- Hörgerät: Ja Nein
- Zahnprothesen: Ja Nein
- Religion | Spiritualität ist Ihnen wichtig: Ja Nein

Zehntfeld.

Wünsche | Bemerkungen

Biographische Angaben

Kinder | Enkelkinder:

Bezugspersonen:

Beruf:

Letzte ausgeführte Tätigkeit:

Hobbys | Vereinsaktivitäten
(aktuell oder ehemalig):

Beschäftigungen

Was Sie gerne machen:

Was Sie nicht gerne machen:

Drehscheibe (Anlaufstelle für Gesundheit, Wohnen und Altersbetreuung)

Wünschen Sie eine Kontaktaufnahme? Ja Nein

Haben Sie bisher ambulante Pflege beansprucht? (Spitex) Ja Nein

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt das zuständige Personal des Zentrum Zehntfeld 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. Sämtliche Angaben und Unterlagen werden absolut vertraulich und diskret behandelt.

Ort & Datum

Unterschrift

Zehntfeld.

Alters- und Pflegezentrum
Zehntfeldstrasse 4
9443 Widnau
T +41 71 595 99 99
info@zehntfeld.ch
zehntfeld.ch