

Anmeldung ambulante Pflege

Personalien

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Zivilstand:

Strasse:

PLZ, Wohnort:

Telefonnummer:

Mobilnummer:

Krankenkasse:

AHV-Nummer:

Ambulante Pflege wird benötigt aufgrund von:

☐ Krankheit

☐ Unfall

Bemerkungen:

Angehörige | Kontaktpersonen

1. Bezugsperson

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ, Wohnort:

Tel. Privat:

Tel. Privat:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Verwandtschaftsgrad:

2. Bezugsperson

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ, Wohnort:

Tel. Privat:

Tel. Privat:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Verwandtschaftsgrad:

Voraussichtliche Intervention:

Pflege, Behandlung, Betreuung:

Mahlzeitendienst:

☐ Ja

☐ Nein

Haushilfe:

☐ Ja

☐ Nein

Bemerkungen:

Durch Zentrum Zehntfeld auszufüllen:

ID-Nummer:

☐ ID-Kleber angefordert

☐ Diagnoseliste angefordert

Bedarfsklärung:

Ort & Datum

Erledigt durch:

Zehntfeld.

Ärzte

Hausarzt/-ärztin:

Zahnarzt/-ärztin:

Krankenversicherung | Unfallversicherung

Krankenkasse:

Geschäftsstelle:

Versicherten-Nr.:

Versicherungskarten-Nr.:

Zusatzversicherung:

Versicherung: ☐ Allgemein ☐ Halbprivat ☐ Privat

Gesundheit

Benötigen Sie eine vom Arzt verschriebene Diät? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? (Zucker-, Leber-, Gallen, Magendiät)

Spitex-Betreuung bisher: ☐ Ja ☐ Nein

Wie ist Ihr Gesundheitszustand?

- | | |
|--|--|
| ☐ Ich bin selbstständig und benötige keine Hilfe | ☐ bei der Haus-/Wohnungsreinigung |
| ☐ Ich benötige Unterstützung Betreuung: | ☐ beim Ankleiden |
| ☐ beim Einkaufen | ☐ beim Kochen |
| ☐ bei der Grundhygiene (waschen, duschen) | ☐ therapeutisch |
| ☐ psychisch | ☐ soziale Kontakte |
| ☐ bei der Mobilisation (gehen, aufstehen, absitzen) | |
| ☐ bei Toilettengängen | ☐ sonstiges |

Zehntfeld.

Finanzielles

Erledigen Sie die finanziellen Angelegenheiten selber? ☐ Ja ☐ Nein

Die finanziellen Angelegenheiten werden erledigt durch (Rechnungsadresse):

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ, Wohnort:

Tel. Privat:

Tel. Privat:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Verwandtschaftsgrad:

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen? ☐ Ja ☐ Nein

Erhalten Sie Hilflosen-Entschädigung? ☐ Ja ☐ Nein

Patientenverfügung | Testament | Vorsorgeauftrag

Ist eine Patientenverfügung vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

Wird aufbewahrt bei (Name | Adresse):

Ist eine letztwillige Verfügung (Testament | Erbvertrag) vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

Wird aufbewahrt bei (Name | Adresse):

Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

Wird aufbewahrt bei (Name | Adresse):

Rea-Status: Möchten Sie reanimiert werden? ☐ Ja ☐ Nein

Wünsche | Bemerkungen

Drehscheibe (Anlaufstelle für Gesundheit, Wohnen und Altersbetreuung)

Wünschen Sie eine Kontaktaufnahme?

☐ Ja

☐ Nein

Auskünfte

Ich erlaube, dass Fotos von mir verwendet werden.

☐ Ja

☐ Nein

Zwingende Beilagen

- ☐ Kopie der letztgültigen Steuerveranlagung inkl. Details
- ☐ Kopie der Krankenkassenkarte
- ☐ Verfügung Ergänzungsleistung
- ☐ Verfügung Hilflosenentschädigung
- ☐ Patientenverfügung
- ☐ Vollmachtsregelung bei Urteilsunfähigkeit

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

Ort & Datum

Unterschrift

