

Anmeldung Tagesstätte

Personalien

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

Eintritt am:	☐ _____	
Tage:	☐ Montag	☐ Freitag
Eintritt aus:	☐ eigenem Haushalt	☐ Heim / Spital
Gewünschte Tage:	_____	

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

Angehörige | Kontaktpersonen

1. Bezugsperson

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

2. Bezugsperson (falls 1. nicht erreichbar)

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

Gesetzliche Vertretung

(Begleitbeistandschaft | Mitwirkungsbeistandschaft | umfassende Beistandschaft)

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

Falls eine gesetzliche Vertretung vorhanden ist, bitten wir um Zusendung der entsprechenden Ernennungsurkunde.

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: _____

Handy: _____ E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen? ☐ Ja ☐ Nein

Erhalten Sie Hilflösen-Entschädigung? ☐ Ja ☐ Nein

Gesundheit

Benötigen Sie eine spezielle Kostform?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Allergien

Betreuung

Unterstützung beim Essen:

☐ Ja

☐ Nein

Unterstützung bei der Mobilisation:

☐ Ja

☐ Nein

WC Begleitung:

☐ Ja

☐ Nein

Inkontinenzeinlagen:

(wenn ja, bitte mitbringen)

☐ Ja

☐ Nein

Mundpflege:

☐ Ja

☐ Nein

Mittagsruhe:

☐ Ja

☐ Nein

Brille:

☐ Ja

☐ Nein

Hörgerät:

☐ Ja

☐ Nein

Zahnprothese:

☐ Ja

☐ Nein

Biographische Angaben

Kinder | Enkelkinder:

Bezugspersonen:

Hobbys:

Was Sie gerne machen:

Was Sie gerne machen:

Patientenverfügung | Testament | Vorsorgeauftrag

Ist eine Patientenverfügung vorhanden?

☐ Ja

☐ Nein

REA-Status: Möchten Sie reanimiert werden?

☐ Ja

☐ Nein

Auskünfte

Ich erlaube, dass Fotos von mir verwendet werden.

☐ Ja

☐ Nein

Wünsche | Bemerkungen

Beilagen

- ☐ Kopie der Krankenkassenkarte
- ☐ Patientenverfügung (falls vorhanden)
- ☐ aktuelle Medikamentenliste

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt das zuständige Personal des Zentrum Zehntfeld beim Hausarzt/bei der Hausärztin sowie bei Spitälern/Heimen medizinische Auskünfte einzuholen und Unterlagen anzufordern. Der Arzt/die Ärztin sowie das Spital/Heim werden somit von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden. Sämtliche Angaben und Unterlagen werden absolut vertraulich und diskret behandelt.

Ort & Datum

Unterschrift

Name / Vorname in Blockschrift