

## Anmeldung Tageszentrum

### Personalien

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Heimatort: \_\_\_\_\_  
 Zivilstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
 Früher tätig als: \_\_\_\_\_ AHV-Nr: \_\_\_\_\_  
 Wohnort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_  
 lebt alleine  lebt zusammen mit \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 Mitglieder-Nr. \_\_\_\_\_ Sektion: \_\_\_\_\_

### Hausarzt:

Name: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_  
 Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Verantwortlich für finanzielle Angelegenheiten ist:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_  
 Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

### Gewünschter Aufnahmetag:

ab sofort  
 gewünschter Aufnahmetag wird später bekannt gegeben

### Besuch des Tageszentrums:

Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag (bitte ankreuzen)

Fortsetzung auf Seite 2 >

- Es besteht ein Vorsorgeauftrag (wenn ja, wo abgelegt?) \_\_\_\_\_
- Es besteht eine Patientenverfügung (wenn ja, wo abgelegt?) \_\_\_\_\_
- Es besteht eine Beistandschaft

**Verantwortlich für finanzielle Angelegenheiten ist:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_  
 Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Ich habe keine Person, die mich vertreten kann

**Bei einer Urteilsunfähigkeit**

Es besteht ein Vertretungsrecht durch:

- Ehegatten
- Lebenspartner/in
- Kinder
- Geschwister
- Enkel
- Andere

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_  
 Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich habe keine Person, die mich vertreten kann

Ort / Datum	Unterschrift

## Ärztliches Zeugnis für das Tageszentrum

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

### Aktuelle Situation (körperlich, geistig, seelisch)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> gehfähig ohne Hilfen       | <input type="checkbox"/> Inkontinenz   |
| <input type="checkbox"/> mit Unterstützung gehfähig | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> im Rollstuhl               | <input type="checkbox"/> Sonstige      |

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Letzter Spitalaufenthalt (bitte vorhandene Unterlagen beilegen)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Anmeldung

Ist der Patient schon an einem anderen Ort angemeldet, z.B. Altersheim, Pflegeheim?

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

### Bisherige Therapie (Medikamente, aktuelles Dosierungsschema beilegen)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Diät

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ort / Datum	Unterschrift des Arztes

← zurück zu Seite 2