

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: _____

Bezugsperson

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

Bei einer Urteilsunfähigkeit

Es besteht ein Vertretungsrecht durch: Ehegatten Lebenspartner/in Kinder Beistand
 Geschwister Enkel Bezugsperson

Name: _____ Vorname: _____
 Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
 Telefon Privat: _____ Mobile: _____
 Telefon Geschäft: _____ E-Mail: _____
 Ich habe keine Person, die mich vertreten kann

Hausarzt:

Name: _____ Strasse: _____
 Ort: _____ Telefon: _____
 E-Mail: _____ Fax: _____

Fortsetzung auf Seite 2 >

Gewünschter Aufnahmezeitpunkt:

- ab sofort
 gewünschter Aufnahmezeitpunkt _____

Besuch des Tageszentrums:

- Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag (bitte ankreuzen)

Verantwortlich für finanzielle Angelegenheiten ist:

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

- Ich habe keine Person, die mich vertreten kann
- Es besteht ein Vorsorgeauftrag (wenn ja, wo abgelegt?) _____
- Es besteht eine Patientenverfügung (wenn ja, wo abgelegt?) _____
- Es besteht eine Beistandschaft
- Bezug von Ergänzungsleistung

Ort / Datum	Unterschrift

Ärztliches Zeugnis für das Tageszentrum

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: ____-____-____

Diagnosen

Medikamente

Aktuelle Therapien

Weitere Angaben

- Bettlägerig
- Dekubitus
- Urin-Inkontinenz
- Dauer-Katheter
- Stuhl-Inkontinenz
- Anus praeter
- Sehbehinderung
- Hörbehinderung
- Aphasie/Sprachstörung
- Raucher

Psychischer Zustand

- normal
- Umweltkontakt gestört
- Desorientiert
- Verhalten ruhig
- Verhalten unruhig
- charakterlich schwierig
- aggressiv
- Rufen, Schreien oder ähnliches
- Weglaufgefährdet

Ernährung

- Schluckstörungen
- Magensonde
- pürierte Kost
- Diabetes-Diät

Allergien (Medikamente, Kosmetika, Haustiere):

Bedarf die Person regelmässige Hilfe bei:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Aufstehen/Absitzen/Abliegen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Essen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Körperpflege (Waschen, Kämmen, Rasieren, Baden) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Bei der Toilettenbenutzung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Beim Gehen (Begleitung) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Benutzt die Person Hilfsmittel:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Böckli und/oder Rollator | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Gehstock | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ort / Datum	Unterschrift des Arztes

← zurück zu Seite 3