

- Anmeldung Tages- und Nachtaufenthalt**
  - Anmeldung Ferienaufenthalt**
- 

## Personalien

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

## Eintritt Tagesstätte

Eintritt aus:  eigenem Haushalt  Reha / Spital  
Gewünschter Eintritt in die Tagesstätte:.....  
Gewünschte Tage:  Montag  Mittwoch  Freitag  
Kosten siehe Taxordnung

## Eintritt Ferienaufenthalt

Eintritt aus:  eigenem Haushalt  Reha / Spital  
Gewünschter Eintritt: ..... Gewünschter Austritt: .....  
Kosten siehe Taxordnung

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 Fr. 150.00 werden nach Ferienantritt bei der Schlussrechnung rückvergütet.  
Im Verhinderungsfall werden die Reservationskosten nicht zurückerstattet.

## Angehörige / Kontaktpersonen

### 1. Bezugsperson

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ, Wohnort: .....

Tel. Privat: ..... Tel. Geschäft: .....

Natel: ..... E-Mail: .....

Beziehung: .....

### 2. Bezugsperson

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ, Wohnort: .....

Tel. Privat: ..... Tel. Geschäft: .....

Natel: ..... E-Mail: .....

Beziehung: .....

## Finanzielles

Sie erledigen finanzielle Angelegenheiten selber:  Ja  Nein

Die finanziellen Angelegenheiten werden erledigt durch (Rechnungsadresse):

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ, Wohnort: .....

Tel. Privat: ..... Tel. Geschäft: .....

Natel: ..... E-Mail: .....

Beziehung: .....

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen:  Ja  Nein

Erhalten Sie Hilfslosen-Entschädigung:  Ja  Nein

## Krankenversicherung / Unfallversicherung

Krankenkasse: .....

Geschäftsstelle: .....

Versicherungs-Nr.: .....

Versicherungskarten-Nr.: .....

Zusatzversicherung: .....

Versicherung:  Allgemein  Halbprivat  Privat

## Ärzte

Hausarzt / -ärztin: .....

Zahnarzt / -ärztin: .....

Spezialisten: .....

## Diagnosen:

.....  
.....

Patientenverfügung vorhanden:  Ja  Nein

Aufbewahrungsort:

.....

Reanimation:  Ja  Nein

Anitkoaguliert:  Ja  Nein

Diabetikerin:  Ja  Nein

Insulin:  Ja  Nein

Medikamente:  Ja  Nein

Wenn Ja, bitten wir um Beilage der aktuellen Medikamentenliste.

Besondere Medikamenteneinnahme:

.....

Angaben über Krankheiten / Gesundheitszustand

.....

.....

## Betreuung

Unterstützung beim Essen:       Ja       Nein

Essen und Trinken:

Was Sie gerne mögen: .....

Was Sie nicht gerne mögen: .....

Unterstützung bei der Mobilisation (gehen, aufstehen, absitzen)       Ja       Nein

Begleitung auf WC:       Ja       Nein

Inkontinenzeinlagen:       Ja       Nein  
(Wenn Ja, bitte mitbringen)

Mundpflege:       Ja       Nein

Mittagsruhen:       Ja       Nein

Brillenträger:       Ja       Nein

Hörgeräte:       Ja       Nein

Zahnprothesen:       Ja       Nein

Religion / Spiritualität ist Ihnen wichtig:       Ja       Nein

Besondere Wünsche / was wir noch wissen sollten:

.....

.....

## Biographische Angaben

Kinder / Enkelkinder: .....

Bezugspersonen: .....

Beruf: .....

Letzte ausgeführte Tätigkeit: .....

Hobbys / Vereinsaktivitäten (aktuell oder ehemalig): .....

.....

Beschäftigungen:

Was Sie gerne machen: .....

Was Sie nicht gerne machen: .....

## Beratung

Wünschen Sie eine Kontaktaufnahme durch die Drehscheibe:  Ja  Nein

Haben Sie bisher ambulante Pflege beansprucht:  Ja  Nein

## Auskünfte

Der / die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Heimleitung sowie die Pflegedienstleitung 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. Die Heimleitung sowie der Pflegedienst verpflichten sich, sämtliche Angaben vertraulich zu behandeln.

.....  
(Ort und Datum)

.....  
(Unterschrift)