

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:

Zehntfeld.

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?

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

Zehntfeld.

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

Zehntfeld.

Alters- und Pflegezentrum
Zehntfeldstrasse 4
9443 Widnau
T +41 71 595 99 99
info@zehntfeld.ch
zehntfeld.ch