

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?

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

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