

## Anmeldung Tageszentrum

### Personalien

|                   |                                                                                        |             |       |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|
| Name:             | _____                                                                                  | Vorname:    | _____ |
| Geburtsdatum:     | ____                                                                                   | Heimatort:  | _____ |
| Zivilstand:       | _____                                                                                  | Konfession: | _____ |
| Früher tätig als: | _____                                                                                  | AHV-Nr:     | _____ |
| Wohnort:          | _____                                                                                  | Strasse:    | _____ |
|                   | <input type="checkbox"/> lebt alleine <input type="checkbox"/> 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:

|                                      |                                           |                                       |                                   |
|--------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ehegatten   | <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in | <input type="checkbox"/> Kinder       | <input type="checkbox"/> Beistand |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Enkel            | <input type="checkbox"/> Bezugsperson |                                   |

|                                                                         |       |          |       |
|-------------------------------------------------------------------------|-------|----------|-------|
| Name:                                                                   | _____ | Vorname: | _____ |
| Strasse:                                                                | _____ | PLZ/Ort: | _____ |
| Telefon Privat:                                                         | _____ | Mobile:  | _____ |
| Telefon Geschäft:                                                       | _____ | E-Mail:  | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ich habe keine Person, die mich vertreten kann |       |          |       |

### Hausarzt:

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

Fortsetzung auf Seite 2 ➤

**Gewünschter Aufnahmetermin:**

- ☐ ab sofort  
☐ gewünschter Aufnahmetermin \_\_\_\_\_

**Besuch des Tageszentrums:**

- ☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag (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