

Anmeldung Tageszentrum

Pumpwerkstrasse 3, 4142 Münchenstein, Tel.: 061 417 94 44, Tageszentrum Mo bis Fr: 061 417 94 78

Angaben zum Gast

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Heimatort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Zivilstand: _____ Konfession: _____

AHV-Nr.: _____ AHV-Stelle: _____

Krankenkasse: _____ Mitglied-Nr.: _____

Bitte legen Sie eine Kopie Ihres Krankenkassenausweises bei.

Sektion:Adresse: _____

Name Ärztin/Arzt: _____ Tel.: _____

Adresse: _____

Angaben zur Bezugsperson

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nummer: _____ PLZ/Ort: _____

Verwandtschaft/Bezug: _____ Tel.-Nummer: _____

Im Notfall informieren:

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nummer: _____ PLZ/Ort: _____

Verwandtschaft/Bezug: _____ Tel.-Nummer: _____

Rechnungsadresse (wenn abweichend):

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nummer: _____ PLZ/Ort: _____

Verwandtschaft/Bezug: _____ Tel.-Nummer: _____

Gewünschte(r) Wochentag(e) im Tageszentrum:

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Gewünschte Nacht/Nächte im Tageszentrum:

Mo-Di Di-Mi Mi-Do Do-Fr

Mobilität

Selbstständig
 Hilfestellung / Hilfsmittel beim Transfer
 Sitzen Gehstock
 Stehen Rollator
 Liegen Rollstuhl
 Gehen

Ergänzungen: _____

Toilettenbenutzung

selbstständig
 muss erinnert / begleitet werden
 Hilfe beim An-/Auskleiden
 Hilfe beim Reinigen
 Kontinenztraining
 benutzt Inkontinenzmaterial

Ergänzungen: _____

Ernährung

Normale Kost
 Diabetesdiät
 selbstständige Nahrungsaufnahme
 Hilfe beim Essen zerkleinern
 Anwenden von Spezialbesteck/ -geschirr
 Kontrolle der (Trink-)menge

Ergänzungen: _____

Medikation

keine selbstständig
 Medikamente verteilen
 Einnahme überwachen
 Insulininjektion

Ergänzungen: _____

Orientierung

voll orientiert
 zeitweise desorientiert
 dauernd desorientiert
 verlangsamt im Denken
 Komplizierte Handlungsabläufe
sind nicht mehr nachvollziehbar
 weglaufgefährdet

Ergänzungen: _____

Psychische Befindlichkeit

ängstlich
 zeitweise / überwiegend deprimiert
 antriebslose
 paranoide Ideen
 unruhig

Ergänzungen: _____

Unterstützung / Pflege zu Hause durch

keine/ selbstständig
 Hilfe von Ehepartner/ Lebenspartner
 Nachbarschaftshilfe
 Spitex

Ergänzungen: _____

Kommunikation

selbstständig
 Hilfe beim Kommunizieren mit anderen
 Hilfe beim Sprechen (Sprachstörung)
 Unterstützung beim Aufnehmen von
Kontakten mit Einzelnen, mit Gruppen

Ergänzungen: _____

Wie haben Sie von uns erfahren? _____

Finanzielle Zusatzleistungen

Hilflosenentschädigung (HE) vorhanden?

ja nein

wenn ja, welche

leichte HE mittlere HE schwere HE

Ergänzungsleistung vorhanden?

ja nein