

## 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:	_____
E-Mail:	_____	Tel.-Nummer:	_____
Verwandschaft/Bezug:	_____		

### Im Notfall informieren:

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse/Nummer:	_____	PLZ/Ort:	_____
Verwandschaft/Bezug:	_____	Tel.-Nummer:	_____

### Rechnungsadresse (wenn abweichend):

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse/Nummer:	_____	PLZ/Ort:	_____
Verwandschaft/Bezug:	_____	Tel.-Nummer:	_____

Mit der Unterschrift akzeptiere ich das Tarifblatt

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

**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

**Angaben zum Tageszentrumsvertrag**

**Bevollmächtigte Person (pflegerisch, medizinisch)**

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Tel.-Nummer: \_\_\_\_\_

**Bevollmächtigte Person (administrativ, finanziell)**

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Tel.-Nummer: \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung vorhanden:**     ja     nein

**Vorsorgeauftrag vorhanden:**     ja     nein

**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: \_\_\_\_\_

**Wohnsituation**

- Privathaus/Wohnung/Alterswohnung **ohne** Spitex  
 Privathaus/Wohnung/Alterswohnung **mit** Spitex  
 Wohnen mit internen Dienstleistungen  
 anderes: \_\_\_\_\_

**Lebt allein**

- ja  
 nein  
 In Heim oder anderem Kollektivhaushalt  
 Will keine Angaben machen

**Informelle Hilfestellungen in der aktuellen Situation zu Hause**

- Hilfestellung durch Wohnpartner  
 Hilfestellung durch Angehörige,  
    die nicht vor Ort wohnen  
 Hilfestellung durch Nachbarn oder Freunde  
 Hilfestellungen durch weitere informelle Helfer  
 Nichts zutreffend

**Professionelle Interventionen in der aktuellen Situation zu Hause**

- Spitex-Pflegeleistungen  
 Spitex-Hauswirtschaftliche Leistungen  
 Private professionelle Pflege zu Hause  
 Ambulante Physiotherapie  
 Ambulante Ergotherapie  
 Nichts zutreffend

**Kommunikation**

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

Ergänzungen: \_\_\_\_\_