

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: _____