



Bitte leer lassen	Eintrittsdatum	
	Wochentage	
	Visum/Datum	

Alters- und Gesundheitszentren

Tagesheim - Anmeldeformular

Gewünschte Betreuungstage pro Woche: Mon Die Mitt Don Frei

Für in Küsnacht wohnende Personen: Gratis-Transportdienst gewünscht? Ja Nein

Wie haben Sie über dieses Angebot erfahren?

Arzt/Spital Angehörige/Bekannte Internet Zeitung Sonstige

Amtliche Personalien (bitte Kopie Identitätskarte oder Pass beilegen)

Name	.....	Vorname	.....
Adresse	.....	PLZ/Wohnort	.....
Geburtsdatum	.....	Zivilstand	.....
Heimatort	.....	Nationalität	.....
AHV-Nr.	.....	Konfession	.....
Tel. Festnetz	.....	Mobile	.....
E-Mail	.....	

Erste Bezugsperson gleichzeitig gesetzlicher Vertreter oder Beistand

Name	.....	Vorname	.....
Adresse	.....	PLZ/Wohnort	.....
Mobile	.....	E-Mail	.....
Tel. Geschäft	.....	Tel. Festnetz P	.....
Beziehungsgrad	.....	
Bemerkung	.....	

Beistand

Name	.....	Vorname	.....
Adresse	.....	PLZ/Wohnort	.....
Mobile	.....	E-Mail	.....
Tel. Geschäft	.....	Tel. Festnetz P	.....
Beziehungsgrad	.....	
Bemerkung	.....	

Weitere Bezugsperson

Name	.....	Vorname	.....
Adresse	.....	PLZ/Wohnort	.....
Mobile	.....	E-Mail	.....
Tel. Geschäft	.....	Tel. Festnetz P	.....
Beziehungsgrad	.....	
Bemerkung	.....	

Weitere Bezugsperson

Name	.....	Vorname	.....
Adresse	.....	PLZ/Wohnort	.....
Mobile	.....	E-Mail	.....
Tel. Geschäft	.....	Tel. Festnetz P	.....
Beziehungsgrad	.....	
Bemerkung	.....	

Rechnungsempfänger (wenn nicht identisch mit Gesuchsteller)

Name	.....	Vorname	.....
Adresse	.....	PLZ/Wohnort	.....
Mobile	.....	E-Mail	.....
Tel. Geschäft	.....	
Bemerkung	.....	

Krankenkasse

Krankenkasse	.....	Mitglied-Nr.	.....
Bemerkung	.....	

➔ Bitte eine Kopie des Krankenkassen-Versicherungsausweises oder der Police beilegen.

Tagesheim – Anmeldeformular

Hausarzt

Name	.....	Vorname	.....
Adresse	.....	PLZ/Wohnort	.....
Mobile	.....	E-Mail	.....
Tel. Geschäft	.....	
Bemerkung	.....	

Zahnarzt

Name	.....	Vorname	.....
Adresse	.....	PLZ/Wohnort	.....
Mobile	.....	E-Mail	.....
Tel. Geschäft	.....	
Bemerkung	.....	

Augenarzt

Name	.....	Vorname	.....
Adresse	.....	PLZ/Wohnort	.....
Mobile	.....	E-Mail	.....
Tel. Geschäft	.....	
Bemerkung	.....	

Facharzt

Name	.....	Vorname	.....
Adresse	.....	PLZ/Wohnort	.....
Mobile	.....	E-Mail	.....
Tel. Geschäft	.....	
Bemerkung	.....	

Weitere medizinische Angaben bzw. zu beachten

Krankheiten

.....

Allergien / Unverträglichkeiten

.....

Medikamente:

Der Tagesgast nimmt seine Medikamente jeden Tag mit. Eine ärztliche Verordnung ist vorzuweisen.

Die Verantwortung bleibt bei der Person, welche die Medikamente richtet.

Die Betreuerin des Tagesheims sorgt dafür, dass die Medikamente richtig eingenommen werden.

Medikament	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

Patientenverfügung Ja Nein

Reanimation Ja Nein

Spitex Ja Nein

Lebensgewohnheiten (z.B. Mittagsschlaf)

Interessen/Hobbies (z.B. Musikhören)

Essgewohnheiten (z.B. Lieblingsgetränk)

Kann er/sie gut laufen? (Gehhilfen?)

Bemerkung

Bitte beachten: Mit Ihrer Unterschrift entscheiden Sie sich für den Tagesheim-Eintritt. Ist ein Eintritt möglich, werden Sie von uns orientiert und ein verbindlicher Eintrittstermin vereinbart.

Lehnen Sie den verbindlichen Eintrittstermin ab, wird die Anmeldung storniert und eine Umtriebspauschale von Fr. 300.-- in Rechnung gestellt.

Der/Die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Alters- und Gesundheitszentren Küssnacht allenfalls noch erforderliche Auskünfte (insbesondere Spital und Arzt) einzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift

Haben Sie Fragen? Frau Andrea Sonnenschein (Alters- und Gesundheitszentrum Tägerhalde, Tägermoosstrasse 27, 8700 Küssnacht / Telefon 044 913 71 98 / Andrea.Sonnenschein@kuesnacht.ch) gibt Ihnen gerne weitere Auskünfte und nimmt Ihre Anmeldung entgegen.

Bitte legen Sie eine Kopie bei

- der Identitätskarte oder des Passes
- vom Krankenkassen-Versicherungsausweis oder der Police
- des aktuellen Arztberichtes
- der Patientenverfügung