

Bitte leer lassen	Eintrittsdatum	
	Wochentag	
	Visum/Datum	



Gesundheitsnetz
Alters- und Gesundheitszentren

Anmeldeformular - Tagesheim

Gewünschte Betreuungstage pro Woche: Mo Di Mi Do Fr

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 Nationalität

Vorname AHV-Nr.

Adresse Konfession

PLZ/Wohnort Tel. Festnetz

Geburtsdatum Mobile

Zivilstand E-Mail

Heimatort

Erste Bezugsperson gleichzeitig gesetzlicher Vertreter oder Beistand

Name Mobile

Vorname E-Mail

Adresse Tel. Geschäft

PLZ/Wohnort Tel. Festnetz P

Beziehungsgrad

Bemerkung

Beistand

Name Mobile

Vorname E-Mail

Adresse Tel. Geschäft

PLZ/Wohnort Tel. Festnetz P

Beziehungsgrad

Bemerkung

Anmeldeformular - Tagesheim

Weitere Bezugsperson

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

Weitere Bezugsperson

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

Rechnungsempfänger (wenn nicht identisch mit Gesuchsteller)

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

Krankenkasse

Krankenkasse	Mitglied-Nr.
Bemerkung	

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

Anmeldeformular - Tagesheim

Hausarzt

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

Zahnarzt

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

Augenarzt

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

Facharzt

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

Anmeldeformular - Tagesheim

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, dann wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an:

Gesundheitsnetz Beratung: T 044 913 13 13 oder gesundheitsnetz@kuesnacht.ch.

Bitte legen Sie eine Kopie bei

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