

Anmeldeformular für Spitex Kunden

Hauswirtschaft Mitglied ja nein Adresse-ID _____
 Pflege Krankheit Unfall BU/NBU Konfession _____

Personalien

Frau Herr

Vorname _____ Name _____

Strasse / Nr. _____ Wohnung / Etage _____ Haus

PLZ/Ort _____ Telefon _____

Geb. Datum _____ Nationalität _____ Muttersprache _____

Krankenversicherung _____ Patientenverfügung nein ja _____

VEKA-Nr. _____

Sozialversicherungsnummer 756. _____

alleinstehend verheiratet / eingetragene Partnerschaft Wohngemeinschaft verwitwet

Kinder _____ Haustier _____

Rechnungsadresse

Vollmacht nein ja _____

Vorname _____ Name _____

Adresse _____

Kontaktperson 1 _____ **Kontaktperson 2** _____

Name _____ Name _____

Adresse _____ Adresse _____

Telefon _____ Telefon _____

Zuständiger Arzt _____ **Spezial Arzt** _____

Name _____ Name _____

Adresse _____ Adresse _____

Telefon _____ Telefon _____

1. Einsatz

Datum _____ Zeit _____

Überwiesen von: _____

Administration – Eingabe in Perigon

Datum _____ Visum _____

Eintrittsgrund / Voraussichtlicher Pflegebedarf / Einsatzzeiten

Apotheke

Name _____

Adresse _____

Telefon _____ Email _____

Medikamentenliste nein ja _____

Physiotherapie

Tagesheim

Name _____ Name _____

Adresse _____ Adresse _____

Telefon _____ Telefon _____

Email _____ Email _____

Unterstützung durch

Mahlzeitendienst _____ Mittagstisch _____

Haushaltshilfe _____ Andere _____

Abklärungen zur Person

Grösse _____ Gewicht _____ Körperpflege nein ja _____

Allergien nein ja _____

Laufen, Treppen steigen _____ Haus verlassen _____

Aktivitäten _____ nutzt noch ÖV _____

Einsamkeit / Konflikt _____ Rollstuhl / Gehilfen _____

Schlaf / Medikamente _____ Appetit / Zusatznahrung _____

Schmerzen _____ Schwindel _____

Depressionen _____ Hautläsionen _____

Kompressionsstrümpfe _____ Brille / Hörgerät _____

Urinabgang _____ Stuhlabgang _____

IK Material _____

Bemerkungen / Diagnose

Aufgenommen

Datum _____ Visum _____