

## Anmeldung «Tages- und Nachtaufenthalt am Hirzenberg»

### Personalien

Name	_____	Vorname	_____
PLZ/Ort	_____	Strasse/Nr.	_____
Geburtsdatum	_____	E-Mail	_____
Telefon-Nr.	_____	Natel	_____
Zivilstand	_____	Konfession	_____
Heimatort	_____	AHV-Nr.	_____

### Hausarzt

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon-Nr.	_____	Fax-Nr.	_____

### Essen/Trinken

Haben Sie Gewohnheiten die wir beachten müssen? Welche Unterstützung wird benötigt?

\_\_\_\_\_

Bestehen Lebensmittelunverträglichkeiten?

\_\_\_\_\_

### Bewegung

Nutzen Sie Gehhilfen, etc., wenn ja welche?

\_\_\_\_\_

### Ausscheidung

Welche Unterstützung wird benötigt? Benutzen Sie Inkontinenz-Einlagen?

\_\_\_\_\_

## Ruhezeiten

Machen Sie einen Mittagsschlaf?

---

Wenn ja - wie lange und wann?

---

## Kommunikation

Benötigen Sie Hilfsmittel wie Brille, Hörgeräte etc.

---

## Medizinische Fragen

Nehmen Sie Medikamente?

---

Haben Sie Allergien?

---

## Covid-Impfung

Als Tages- und Nachtgast empfehlen wir Ihnen gegen Covid-19 geimpft zu sein.

Wann fand die letzte Impfung statt? \_\_\_\_\_

## Fahrdienst

Möchten sie unseren Fahrdienst in Anspruch nehmen?

---

## Sonstiges

Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?

---

## Gewünschte Wochentage

- |                                     |                                     |                                    |                                     |                                |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Montag     | <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> Vormittag | <input type="checkbox"/> Nachmittag | <input type="checkbox"/> Nacht |
| <input type="checkbox"/> Dienstag   | <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> Vormittag | <input type="checkbox"/> Nachmittag | <input type="checkbox"/> Nacht |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch   | <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> Vormittag | <input type="checkbox"/> Nachmittag | <input type="checkbox"/> Nacht |
| <input type="checkbox"/> Donnerstag | <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> Vormittag | <input type="checkbox"/> Nachmittag | <input type="checkbox"/> Nacht |
| <input type="checkbox"/> Freitag    | <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> Vormittag | <input type="checkbox"/> Nachmittag | <input type="checkbox"/> Nacht |

## Angehörige / Kontaktpersonen (muss zwingend an dem Tag erreichbar sein)

### 1. Bezugsperson

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon P \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_  
Telefon G \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Beziehung \_\_\_\_\_ Auskunftsberechtigt ja

### Patientenverfügung

Besitzen Sie eine Patientenverfügung?  ja  nein

### Krankenversicherung

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_  
Geschäftsstelle \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

### Finanzielles

Die finanziellen Angelegenheiten werden durch folgende Person geregelt:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon Nr. \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

### Unterlagen

Wir bitten Sie folgende Unterlagen mit der Anmeldung einzureichen:

- Arztzeugnis inkl. Medikamentenliste (bitte vom Hausarzt ausfüllen lassen)
- Impfzertifikat (wenn vorhanden)
- Kopie Krankenkassenkarte
- Kopie Patientenverfügung (wenn vorhanden)

- Die Haftpflichtversicherung ist Sache des Gastes
- Medikamente, Pflegematerial sowie Reservekleider werden jeweils vom Gast mitgebracht.

Der Unterzeichnende wünscht als Tages- oder Nachtgast in das Seniorenzentrum Zofingen aufgenommen zu werden und erklärt ausdrücklich, die Taxordnung gelesen zu haben und anerkennt diese Bestimmungen in allen Teilen.

### Gast (wenn möglich)

Ort/ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Vertreter Bewohner

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_