

Für **Betreuungsangebot**: **Grossgruppe** **Kleingruppe für demenzbetroffene Gäste**

Frau / Herr

Name / Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____

Zivilstand / Konfession: _____

Heimatort: _____

AHV- Nr.: _____

Krankenkasse / Nr.: _____

Gültig bis: _____

Hausarzt: _____

Tel.Nr.: _____

E-Mail: _____

Einweisender Arzt _____

Tel.Nr.: _____

Angehörige / Ansprechpersonen (Adresse / Tel. Nr. / E-Mail)

Ehepartner/in

Tochter/Sohn

Tochter/Sohn

Rechnungsempfänger

Beistand

Rechnungsempfänger

Beistand

1.

2.

Spitexdienste - Adresse / Tel. Nr.: _____

Vorgesehenes Eintrittsdatum: _____

Anzahl Wochentage: _____

Wird **Transportdienst** gewünscht?

(Falls JA - bitte Formular *Ärztliches Attest für den Transport* ausfüllen!)

JA

NEIN

Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes: _____

Anmeldung durch den Arzt: Name / Vorname _____

Hauptdiagnosen:

Nebendiagnosen:

Verordnungen Medikamente

<u>Reguläre verordnete Medikation</u>	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

<u>Reservemedikamente</u>	Morgen	Mittag	Abend	Nacht