

Anmeldung Entlastungsdienst

Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt

Personalien der zu betreuenden Person

Name	Vorname
Strasse	Wohnort
Telefon	Mobile
Geburtsdatum	E-Mail
Muttersprache	AHV-Nr.
Wohnsituation <input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> mit Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Haustier _____	Hobbies/Vorlieben _____ _____ _____
Besteht eine Patientenverfügung? Wenn ja: Wo wird diese aufbewahrt? Wer hat Zugang? _____ _____	

Rechnungsadresse	Name/Vorname	_____
	Strasse	_____
	PLZ/Ort	_____

Gesundheitszustand

Liegt eine psychische oder physische Beeinträchtigung vor? Wenn ja, welche? _____ _____ _____
Besondere Gewohnheiten? _____ _____

<p>Welche Medikamente nimmt der Kunde regelmässig ein? (evtl. Liste beilegen)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Wer kontrolliert die Medikamente/Einnahme?</p> <p><input type="checkbox"/> Kunde</p> <p><input type="checkbox"/> Angehörige</p> <p><input type="checkbox"/> Spitex</p>
<p>Hilfsmittel?</p> <p><input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Gehstock</p> <p><input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl</p> <p><input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> _____</p>	<p>Welche anderen Institutionen leisten Hilfe?</p> <p><input type="checkbox"/> Spitex - Krankenpflege</p> <p><input type="checkbox"/> Spitex - Hauspflege</p> <p><input type="checkbox"/> Mahlzeitendienst</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>

Bezugspersonen

<p>Angehörige/Bezugspersonen</p>	<p>Name _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Tel. P _____</p> <p>Tel. G _____</p> <p>Mobile _____</p> <p>Mail _____</p>
<p>Angehörige/Bezugspersonen</p>	<p>Name _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Tel. P _____</p> <p>Tel. G _____</p> <p>Mobile _____</p> <p>Mail _____</p>
<p>Hausarzt</p>	<p>Name _____</p> <p>Tel. _____</p>
<p>Weitere Unterstützung durch Familie/Nachbarschaft/Freunde? Wenn ja: Wer, was und wann?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Gewünschter Einsatz

Häufigkeit <input type="checkbox"/> 1x pro Woche <input type="checkbox"/> mehrmals pro Woche <input type="checkbox"/> alle 14-Tage <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> andere _____	Einsatzzeit <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> stundenweise <input type="checkbox"/> andere _____
Bevorzugte Wochentage/Zeiten _____ _____	
Aufgabe der Betreuungsperson _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	

Kenntnisnahme der Allgemeinen Geschäftsbedingungen/Tarifordnung und Informationen zum Datenschutz

Ich nehme die Allgemeinen Geschäftsbedingungen sowie die aktuellen Tarife und Informationen zum Datenschutz des Entlastungsdienstes Knonaueramt zur Kenntnis.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____