



## Formular Anmeldung SRK Tagesstätte Frick

### 1 Tagesgast

Vorname ..... Geb. Datum .....

Name ..... .....

Adresse ..... AHV-/IV Nr. ....

PLZ / Ort ..... Mail .....

Tel. Nr. ..... Natel Nr .....

### 2 Kontaktperson / gesetzliche Vertretung

Besteht eine Beistandschaft?  nein  ja → zwingend Kopie Ernennungsurkunde beilegen

#### Kontaktperson 1:

Beziehungsgrad  Beistand/Beiständin  
 Angehöriger/Angehörige → genaue Bezeichnung.....

Name ..... PZL /Ort .....

Vorname ..... Tel. Nr. / Natel .....

Adresse ..... Mail .....

#### Kontaktperson 2:

Beziehungsgrad  Beistand/Beiständin  
 Angehöriger/Angehörige → genaue Bezeichnung.....

Name ..... PZL /Ort .....

Vorname ..... Tel. Nr. / Natel .....

Adresse ..... Mail .....

### 3 Ärztliche und medizinische Versorgung

Krankenkasse (Name, Adresse) .....

Kopie der Krankenkassen-Karte beilegen (Kopie kann in der Tagesstätte gemacht werden)

Hausarzt (Name, Adresse, Tel. Nr.) .....

.....

Spezialarzt (Disziplin, Name, Adresse, Tel. Nr.) .....

.....



#### 4 Rechnungsadresse / Finanzierung

**Durch wen wird die Rechnung beglichen?**     Sie selbst     Beistand/Beiständin  
 Versicherung     Kontaktperson     Andere.....

Sofern die Rechnungsadresse nicht schon in Abschnitt 1 oder 2 vermerkt ist, bitte angeben:

Versicherung ..... PZL /Ort .....  
Name ..... Tel. Nr. / Natel .....  
Vorname ..... Mail .....  
Adresse .....

#### Welche finanziellen Leistungen erhalten Sie?

AHV-Rente     IV-Rente     IV-Rente in Abklärung

Hilflosenentschädigung (HE):

nein     in Abklärung  
 ja     leicht     mittel     schwer

Ergänzungsleistungen (EL):

ja     nein     in Abklärung

Tarife gemäss Tarifordnung

#### 5 Angaben zur Gesundheit / Beeinträchtigung

geistige Beeinträchtigung     psychische Beeinträchtigung  
 körperliche Beeinträchtigung     kognitive Beeinträchtigung

**Hauptdiagnosen** → Bitte Kopie der aktuellen ärztlichen Diagnoseliste beilegen

.....  
.....

**Medikamente** → Bitte die aktuelle ärztliche Medikamentenliste/Verordnung beilegen

Selbständige Einnahme  
 Unterstützung durch Personal / Medikamente müssen zwingend in der Originalverpackung mitgebracht werden



### Ernährung

- Normale Kost  selbständige Nahrungsaufnahme
- Spezialkost, welche?.....
- Unterstützung beim Essen, welche?.....
- Diäten, welche?.....
- Unverträglichkeiten/Allergien.....
- Hilfsmittel, welche?.....

### Mobilität

- selbstständig mit oder ohne Hilfsmittel  Unterstützung mit oder ohne Hilfsmittel
- Hilfsmittel, welche?.....
- Unterstützung, welche?.....

### Körperpflege

- selbständig  mit Unterstützung, welche?  
.....

### Orientierung/Gedächtnis

- selbständig  Desorientiert  zeitlich  örtlich  situativ

Ergänzungen.....

### Ausscheidung

- Inkontinenzmaterial, welches?.....

Urin  selbständig /  mit Unterstützung, welche?.....

Stuhlgang  selbständig /  mit Unterstützung, welche?.....

### Kommunikation

- selbständig  Sprachstörung, welche?.....

