



Formular Anmeldung SRK Tageszentrum Aarau

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 im Tageszentrum gemacht werden)

Hausarzt (Name, Adresse, Tel. Nr.)

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



Therapien im Tageszentrum*

- nein ja, welche? Physiotherapie Ergotherapie Logopädie

Falls ja, bitte am Eintrittstag die entsprechende Verordnung mitbringen

Ernährung

- Normale Kost selbständige Nahrungsaufnahme

Spezialkost, welche?.....

Unterstützung beim Essen, welche?.....

Diäten, welche?.....

Unverträglichkeiten/Allergien.....

Hilfsmittel, welche?.....

Mobilität

- selbständig 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?.....
.....

Psychisches Befinden/Verhalten

- unauffällig
 ängstlich / antriebslos / unruhig / wahnhaft / deprimiert / angespannt
 weitere.....

Verfügung

- Patientenverfügung nein / ja → bitte am Eintrittstag Kopie mitbringen

6 Aufenthalt

Wohnsituation

- Einpersonenhaushalt / Mehrpersonenhaushalt
 Institution, welche?

Wochentage

- Ganztage / Halbtage Anzahl pro Woche?.....
 Montag / Dienstag / Mittwoch / Donnerstag / Freitag

Fahrdienst

- nein, komme mit.....
 ja, welchen?.....Organisation selbständig / durch TZA

7 Abschluss

Ergänzende Bemerkungen

.....
.....
.....
.....

Datum

Unterschrift

.....