

Bitte leer lassen	Eintrittsdatum	
	Wochentag	
	Visum/Datum	

---

## Anmeldeformular - Tagesheim

---

**Gewünschte Betreuungstage pro Woche:**    Mo        Di        Mi        Do        Fr

Für in Küssnacht wohnende Personen: Gratis-Transportdienst gewünscht?        Ja        Nein

Wie haben Sie über dieses Angebot erfahren?

Arzt/Spital    Angehörige/Bekannte    Internet    Zeitung    Sonstige

---

### Amtliche Personalien (bitte Kopie Identitätskarte oder Pass beilegen)

Name	Nationalität
Vorname	AHV-Nr.
Adresse	Konfession
PLZ/Wohnort	Tel. Festnetz
Geburtsdatum	Mobile
Zivilstand	E-Mail
Heimatort	

---

### Erste Bezugsperson gleichzeitig    gesetzlicher Vertreter oder    Beistand

Name	Mobile
Vorname	E-Mail
Adresse	Tel. Geschäft
PLZ/Wohnort	Tel. Festnetz P
Beziehungsgrad	
Bemerkung	

### Beistand

Name	Mobile
Vorname	E-Mail
Adresse	Tel. Geschäft
PLZ/Wohnort	Tel. Festnetz P
Beziehungsgrad	
Bemerkung	

## Anmeldeformular - Tagesheim

### Weitere Bezugsperson

Name	Mobile
Vorname	E-Mail
Adresse	Tel. Geschäft
PLZ/Wohnort	Tel. Festnetz P
Beziehungsgrad	
Bemerkung	

### Weitere Bezugsperson

Name	Mobile
Vorname	E-Mail
Adresse	Tel. Geschäft
PLZ/Wohnort	Tel. Festnetz P
Beziehungsgrad	
Bemerkung	

---

### Rechnungsempfänger (wenn nicht identisch mit Gesuchsteller)

Name	Mobile
Vorname	E-Mail
Adresse	Tel. Geschäft
PLZ/Wohnort	
Bemerkung	

### Krankenkasse

Krankenkasse	Mitglied-Nr.
Bemerkung	

➔ Bitte eine Kopie des Krankenkassen-Versicherungsausweises oder der Police beilegen.

## Anmeldeformular - Tagesheim

### Hausarzt

Name	Mobile
Vorname	E-Mail
Adresse	Tel. Geschäft
PLZ/Wohnort	
Bemerkung	

### Zahnarzt

Name	Mobile
Vorname	E-Mail
Adresse	Tel. Geschäft
PLZ/Wohnort	
Bemerkung	

### Augenarzt

Name	Mobile
Vorname	E-Mail
Adresse	Tel. Geschäft
PLZ/Wohnort	
Bemerkung	

### Facharzt

Name	Mobile
Vorname	E-Mail
Adresse	Tel. Geschäft
PLZ/Wohnort	
Bemerkung	

## Weitere medizinische Angaben bzw. zu beachten

Krankheiten

Allergien / Unverträglichkeiten

### Medikamente:

Der Tagesgast nimmt seine Medikamente jeden Tag mit. Eine ärztliche Verordnung ist vorzuweisen. Die Verantwortung bleibt bei der Person, welche die Medikamente richtet. Die Betreuerin des Tagesheims sorgt dafür, dass die Medikamente richtig eingenommen werden.

Medikament	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

Patientenverfügung    Ja    Nein    Reanimation    Ja    Nein    Spitex    Ja    Nein

Lebensgewohnheiten  
(z.B. Mittagsschlaf)

Interessen/Hobbies  
(z.B. Musikhören)

Essgewohnheiten  
(z.B. Lieblingsgetränk)

Kann er/sie gut laufen?  
(Gehhilfen?)

Bemerkung

**Bitte beachten:** Mit Ihrer Unterschrift entscheiden Sie sich für den Tagesheim-Eintritt. Ist ein Eintritt möglich, werden Sie von uns orientiert und ein verbindlicher Eintrittstermin vereinbart.

**Lehnen Sie den verbindlichen Eintrittstermin ab, wird die Anmeldung storniert und eine Umtriebspauschale von Fr. 300.-- in Rechnung gestellt.**

Der/Die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Alters- und Gesundheitszentren Küssnacht allenfalls noch erforderliche Auskünfte (insbesondere Spital und Arzt) einzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift

Haben Sie Fragen, dann wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an:

Gesundheitsnetz Küssnacht Beratung: T 044 913 13 13 oder [beratung@gnkag.ch](mailto:beratung@gnkag.ch).

### Bitte legen Sie eine Kopie bei

- der Identitätskarte oder des Passes
- vom Krankenkassen-Versicherungsausweis oder der Police
- des aktuellen Arztberichtes
- der Patientenverfügung