

ANMELDUNG TIME OUT / ENTLASTUNGSDIENST



Überall für alle

SPITEX
Wiggertal

Vorname	_____	Name	_____
Strasse	_____	PLZ	_____
Ort	_____	Geb.datum	_____
Tel. / Natel	_____	E-Mail	_____
Hausarzt	_____	Krankenkasse	_____

Spezielle Gewohnheiten: ja / nein falls ja, welche? _____

Nehmen sie tägliche Medikamente? ja / nein falls ja, welche? _____

Leiden Sie an Diabetes mellitus? ja / nein falls ja, benötigen Sie Insulin? ja / nein

Leiden Sie an Herz- Kreislauferkrankungen? ja / nein

Nehmen Sie Blutverdünner? ja / nein

Sind andere Krankheiten bekannt? ja / nein falls ja, welche?

Besteht die Gefahr des Weglaufens? ja / nein

Leiden Sie an Schluckstörungen? ja / nein

Leiden Sie an Epilepsie? ja / nein

Sind Ihnen Allergien bekannt? ja / nein

Sind Ihnen Lebensmittelunverträglichkeiten bekannt? ja / nein

Welche Bezugsperson kann im Notfall kontaktiert werden?

Vor-/Name _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Tel./Natel _____

Versicherung:

Der/die Kunde/Kundin muss zwingend unfallversichert sein.

Die Spitex Wiggertal übernimmt keine Haftung.

Leichte Stürze/Blessuren können vorkommen.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank.

Ihr Spitex team

Hiermit bestätigen Sie, dass Sie mit unseren Bedingungen einverstanden sind.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____