

Eintrittsvereinbarung Tagesgäste TNS - definitive Anmeldung

→ Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt.

| | |
|--------------|---------------|
| Name | Vorname |
| Lediger Name | Geburtsdatum |
| Strasse | Zivilstand |
| Plz/Wohnort | Tel. Nummer |
| E-Mail | Mobile-Nummer |

| | |
|-------------------------------|-------------------------|
| Bürgerort | Steuerort |
| Konfession | AHV Nummer |
| Krankenkasse | KK Mitglied-Nr. |
| Versicherungskarte gültig bis | Versicherungskarten-Nr. |
| Hausarzt | |

Erste Ansprechperson (Primärkontakt)

Vorname/Name _____
Anschrift, Plz/Ort _____
Telefon/Mobile _____
E-Mail _____
Verwandtschaftsgrad/Beziehungsart _____

Weitere Ansprechperson

Vorname/Name _____
Anschrift, Plz/Ort _____
Telefon/Mobile _____
E-Mail _____
Verwandtschaftsgrad/Beziehungsart _____

Ansprechperson bei Urteilsunfähigkeit

Vorname/Name _____
Anschrift, Plz/Ort _____
Telefon/Mobile _____
E-Mail _____
Verwandtschaftsgrad/Beziehungsart _____

Rechnungsempfänger

Vorname/Name _____
Anschrift, Plz/Ort _____
Telefon/Mobile _____
E-Mail _____
Verwandtschaftsgrad/Beziehungsart _____

Folgende Unterlagen wurden abgegeben

- Broschüre TNS
- Vertragsbedingungen TNS
- Taxordnung TNS
- RAIssoft-Infoblatt

Stiftung Altersbetreuung Herisau | Kasernenstrasse 91 | 9102 Herisau
T+41 71 354 75 75 | info@altersbetreuung.ch | www.altersbetreuung.ch

Unverbindliche und provisorische Anmeldung (Wunschmodule)

| | | | | | | | | |
|--------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Grundmodul 09.00 bis 17.00 Uhr | <input type="checkbox"/> Mo | <input type="checkbox"/> Di | <input type="checkbox"/> Mi | <input type="checkbox"/> Do | <input type="checkbox"/> Fr | <input type="checkbox"/> Jede Woche <input type="checkbox"/> Jede zweite Woche | |
| <input type="checkbox"/> | Abendmodul in Kombination mit Grundmodul 17.00 bis 19.00 Uhr | <input type="checkbox"/> Mo | <input type="checkbox"/> Di | <input type="checkbox"/> Mi | <input type="checkbox"/> Do | <input type="checkbox"/> Fr | <input type="checkbox"/> Jede Woche <input type="checkbox"/> Jede zweite Woche | |
| <input type="checkbox"/> | Nachtmodul 17.00 bis 09.00 Uhr | <input type="checkbox"/> Mo | <input type="checkbox"/> Di | <input type="checkbox"/> Mi | <input type="checkbox"/> Do | <input type="checkbox"/> Fr | <input type="checkbox"/> Sa | <input type="checkbox"/> So |

Hauptdiagnose(n)

Relevante Nebendiagnose(n)

Hilfsmittel/Materialien

- Gehstock links | rechts | beidseits
- Rollator
- Rollstuhl
- Inkontinenzmaterial
- Stomaversorgungsset
- Verbandsmaterial

Einblicktag (Probeaufenthalt)

Datum/Zeit

Bemerkungen

Ort, Datum _____

 Unterschrift Bewohnerin/Bewohner bzw.
 gesetzliche Vertretung