

## Anmeldung Entlastungsangebot – Almacasa Regensdorf

Tag  Nacht  Ferienaufenthalt

Name: _____	Vorname: _____
Ledigname: _____	Zivilstand: _____
Geburtsdatum: _____	Heimatort: _____
AHV-Nr.: _____	Konfession: _____
Aktuelle Adresse: _____	PLZ / Ort _____
Telefon: _____	Mobile: _____
E-Mail: _____	
Zivilrechtlicher Wohnsitz: _____	Kanton: _____

Gegenwärtiger Aufenthaltsort (z.B. Eigener Haushalt, bei Familienangehörigen, Heim oder Spital):

\_\_\_\_\_

### Bezugsperson 1

Bitte notieren Sie die Adressen der Angehörigen / Bezugsperson in der Reihenfolge, in welcher wir bei einem Notfall informieren sollen. Mit der Unterzeichnung erklären Sie Ihr Einverständnis, dass diese Personen von uns auch informiert werden dürfen.

Name/Vorname: _____	Verwandtschaftsgrad*: _____
Adresse: _____	PLZ / Ort: _____
Telefon: _____	Mobile: _____
E-Mail: _____	

### Bezugsperson 2

Name/Vorname: _____	Verwandtschaftsgrad*: _____
Adresse: _____	PLZ / Ort: _____
Telefon: _____	Mobile: _____
E-Mail: _____	

**Weitere Kontaktpersonen:** Gerne können Sie uns für besondere Situationen auch weitere Bezugspersonen mitteilen, die wir in unsere Adressliste aufnehmen und dem Team des entsprechenden Wohnbereichs weiterleiten. \* Unter Verwandtschaft verstehen wir auch Mitglieder von Regenbogenfamilien, sowie gleichgeschlechtliche Partner\*innen.

**Arzt**

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse**

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Karten Nr: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

**Rechnungsempfänger**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Gewünschter Aufenthaltstage:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Startdatum:**

\_\_\_\_\_

**Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass wir im Almacasa aufgrund der Erfahrung und sehr schlechter Erfolgsquote keine Reanimationen durchführen.

**Datum / Unterschrift**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie, das Formular vollständig ausgefüllt an die untenstehende Adresse einzureichen. Unvollständig ausgefüllte Formulare können nicht bearbeitet werden. Die Anmeldung gilt erst mit einem Arzzeugnis als definitiv.

## **Persönliche Angaben (Teil der Anmeldung Entlastungsangebot)**

Die Erfassung dieser Angaben dient Ihnen als Angehörigen / Bezugspersonen dazu, dass Sie alles, was Ihnen wichtig ist in der Pflege mitteilen können. Damit wir die Betreuung und Pflege so optimal wie möglich gestalten können, sind für uns diese Angaben sehr hilfreich. Selbstverständlich wird das Dokument vertraulich behandelt.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **Gewohnheiten**

Tag: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Nacht / Abendritual: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

### **Essen / Trinken**

Vorlieben: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Abneigungen: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Körperpflege**

Zahnprothese      Ja       Nein   
Brille:              Ja       Nein   
Hörgerät:          Ja       Nein

Benötigte Unterstützung, Gewohnheiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Kleidung**

Gewohnheiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Toilettenbenutzung** (Selbstständigkeit, Gewohnheiten, Inkontinenzprodukte)

Tag: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nacht: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Lieblingsbeschäftigungen / Hobbies**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Benötigte Hilfsmittel**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Verhalten aufgrund Demenzerkrankung** (wie zeigt sich dies?)

Depression \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rückzug \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aggression \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Beziehungen Familie, Freunde, früherer Beruf**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Religiöse, spirituelle Aktivitäten / Bedürfnisse**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Almacasa Regensdorf/Entlastungsangebot  
Im Stockenhof 18  
8105 Regensdorf  
Telefon: 043 544 49 49  
[info@almacasa.ch](mailto:info@almacasa.ch)

[www.almacasa.ch](http://www.almacasa.ch)  
[www.facebook.com/almacasa.alterspflege](https://www.facebook.com/almacasa.alterspflege)