

Voranmeldung für Kur / Erholung / Badekuraufenthalt

Name: _____	Vorname: _____
Geb.-Datum: _____	Geschlecht: _____
Strasse/Nr.: _____	PLZ/Ort: _____
Telefon P: _____	Mobile: _____
AHV-Nr.: _____	KK: _____
Versicherung bei Unfall: _____	
Versicherungsklasse <input type="radio"/> Privat-Abteilung <input type="radio"/> Halbprivat-Abteilung <input type="radio"/> Allgemeine Abteilung	
Nächste Angehörigen _____	
Zuweisender Arzt _____	
Gewünschtes Eintrittsdatum: _____ Aufenthaltsdauer: _____	

Für Kur relevante Diagnosen/Nebendiagnosen:

Spezialkost: _____

Kriterien zur Entscheidung Aufenthalt mit oder ohne Spitex:

Pflegerische Aufgaben für die Spitex:

Hilfe bei der Körperpflege	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
An- und Ausziehen der Kleider	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
ATS	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Vitalzeichen messen BZ Messungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Insulin verabreichen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Fragmin oder Clexane-Verabreichungen s/c	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Pflege eines Dauerkatheters	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wundpflege	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Abgabe von Medikamenten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Medikamente richten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Momentane Mobilitätssituation:

Transfer in Rollstuhl selbstständig	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Transfer auf Toilette selbstständig	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Benötigte Hilfsmittel:

Kineteschiene	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
Pflegebett	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
Schulterschienen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
Rollator	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/> im Zimmer	<input type="checkbox"/> ausserhalb
Rollstuhl	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/> im Zimmer	<input type="checkbox"/> ausserhalb

Kontakt für Rückfragen:

Vorname/Name: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefon: _____