



## Anmeldung für einen Kuraufenthalt

Ankunft: ..... Abreise: .....

### Personalien

Name ..... Vorname .....  
 Strasse ..... PLZ, Wohnort .....  
 Tel.-Nr. ..... Sprache  D /  F /  I Kanton .....  
 Zivilstand ..... Geb.-Datum ..... Geschlecht  W /  M  
 Sozialvers.-Nr. (AHV-Nr.) ..... Vers.-Nr./Kd.-Nr. ....  
 Versicherungskarten-Nr. .... IV  Ja /  Nein – Hilfslosenentsch.  Ja /  Nein

**Bitte die Versicherungskarte mitbringen oder auf beiden Seiten kopieren und mit der Anmeldung einreichen. Vielen Dank.**

### Genauere Adresse von einer Kontaktperson während des Aufenthaltes

Name/Vorname ..... Tel. Nr. ....  
 Strasse ..... PLZ, Wohnort .....

### Verordnender Arzt/Spitalarzt

Name ..... Vorname .....  
 Strasse .....  
 PLZ, Wohnort ..... Tel. Nr. ....

### Krankenversicherer (Grundversicherung)

Krankenkasse ..... Tel. Nr. ....  
 Strasse ..... PLZ, Ort .....  
 Service-Center (für Rechnungsstellung) .....

### Krankenversicherer (Zusatzversicherung, falls abweichend von der Grundversicherung)

Krankenkasse ..... Tel. Nr. ....  
 Strasse ..... PLZ, Ort .....  
 Service-Center (für Rechnungsstellung) .....

**Diagnose:** .....

#### Trägerschaft

Verein Zentrum Elisabeth  
 Zentrum Elisabeth Hinterbergstrasse 41 Telefon 041 759 82 82 kontakt@zentrum-elisabeth.ch  
 VZE CH-6318 Walchwil Telefax 041 759 82 00 www.zentrum-elisabeth.ch



### Persönliche Angaben zur Pflegesituation:

Mein Körpergewicht ist..... Meine Grösse ist.....

Ich benötige regelmässig eine Mittagsruhe

### Allgemeine Mobilität:

Ich bin gehfähig

Ich benötige immer den Rollstuhl

Ich kann einige Schritte gehen

Ich kann kurze Zeit alleine stehen

Ich muss mit Patientenheber mobilisiert werden, Transfer WC, Transfer Bett

Ich kann mich im Rollstuhl alleine fortbewegen

Wieviele Stunden pro Tag sind Sie jeweils im Rollstuhl?.....

### Ernährung und Essgewohnheiten:

Ich kann selbständig essen

Ich brauche Hilfe beim zerschneiden

Ich habe beim Essen Schluckprobleme

Ich habe beim Trinken Schluckprobleme

Ich esse normale, bürgerliche Kost

Rein vegetarisch

eine andere Diät, welche.....

folgende Speisen vertrage ich nicht.....

### Körperpflege

Ich bin dekubitus-gefährdet

Ich benötige

Superweichmatratze

spezielle Auflage auf dem Bett

Ich brauche Hilfe beim Duschen

Hilfe beim Waschen

Ich dusche täglich

Ich kann den Oberkörper selber waschen

Ich kann beim Waschen nicht helfen

Wieviel Zeit benötigen Sie für die Körperpflege?

am Morgen..... am Abend.....

### Ausscheidungsfunktionen:

Ich kann spontan stuhlen

Ich kann spontan Wasser lösen

Ich benutze den Nachtstuhl

Ich brauche die Urinflasche/Bettschüssel

Ich habe einen Dauerkatheter

Ich trage eine Einlage

Ich habe Cystofix

Ich verwende Urinal

Ich muss "ausgeklopft/-gepresst" werden.

Ich benutze mehrmals tägl. die Toilette

mit Hilfe

ohne Hilfe

### Schlaf - und Nachtgewohnheiten:

Ich habe Schlafprobleme

Welche Hilfen setzten Sie dafür ein?.....

Ich werde nachts umgelagert

Wenn ja, wieviel Male ?.....

Ich brauche nachts folgende Unterstützung/Hilfeleistungen.....



**Sinnesorgane:**

Mein **Gehör** ist  gut  mit Apparat gut  erschwert  höre gar nichts  
Meine **Sicht** ist  gut  mit Brille gut  schlecht  sehr schlecht  
Meine **Sprache** ist  
 gut  erschwert  schlecht verständlich  erlaubt keine verbalen Mitteilungen

**Folgende aufgeführte Medikamente nehme ich regelmässig ein:**

Name des Medikamentes	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Reserve
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Folgende Wünsche/ Bemerkungen möchte ich anfügen :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Wir haben von 23.00 Uhr bis 06.15 Uhr einen Notfallpikettdienst (keine Nachtwache) !**

**Datum:**..... **Unterschrift:**.....