

## 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:

- |                 |                          |                            |                                    |                                     |
|-----------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Kinetecschiene  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |                                    |                                     |
| Pflegebett      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |                                    |                                     |
| Schulterschiene | <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: \_\_\_\_\_