

Besuchs- und Begleitdienst Anmeldeformular

Wünsche für Aktivitäten für die Besuchs- und/oder Begleitzeit

Interessen (Hobby)

Zeitlicher Rahmen

Besuchs – und Begleitdienst erwünscht...

ab sofort (bei Möglichkeit)

ab

Gewünschte Häufigkeit der Besuche/Begleitungen

1x wöchentlich

1x 14-täglich

Andere

Welche Wochentage und Tageszeiten sind optimal?

Tageszeit	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Vormittags	<input type="checkbox"/>						
Nachmittags	<input type="checkbox"/>						
Abends	<input type="checkbox"/>						
Bemerkung							

Angaben zur Person

Anrede Frau Herr

Name	
Vorname	
Strasse/Nr.	
PLZ/Ort	
Telefon	
Mobiltelefon	
E-Mail	
Geburtsdatum	
Nationalität	
Beruf	
Sprache/n	

Wohnform

Haus Wohnung

Andere

Umfeld

lebe allein

lebe mit

Haustier

Es sind gesundheitliche Herausforderungen in folgenden Bereichen vorhanden:

sehen gehen/Mobilität sprechen hören Gedächtnis (z.B. Demenz)

Bemerkungen oder andere gesundheitlichen Herausforderungen

Betreuung

- Eingesetzte Institutionen (Spitex, etc)

--

Hilfsmittel

- Gehhilfe
- Rollator
- Rollstuhl
- Hörgerät
- Andere

Adresse Bezugspersonen

Name		Vorname	
Institution			
Strasse		PLZ/Ort	
Telefon		Mobiltelefon	
E-Mail			
Bezug	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Beistand/Beiständin <input type="checkbox"/> Andere:		

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Prospekt
 Zeitungsartikel/-inserat
 SRK Webseite
 Freunde/Bekannte
 Internet Suchmaschine
 Anderes

--

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass ich vom Dienstleistungsbeschrieb Besuchs- und Begleitedienst Kenntnis genommen habe und erkläre mich damit einverstanden.

Ort/Datum	
Unterschrift	