|  |  |
| --- | --- |
| **Name (Anrufer)** | Somatik Hauswirtschaft Psychiatrie |
| **Institution** | **Tel. Nr:** |

**Anmeldung Pflege / Hauswirtschaft**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name (Kunde)** | **Vorname** |
| **Adresse** | **PLZ, Ort** |
| **Tel. Nr.** | **Hausarzt** |
| **Geburtsdatum** | Krankenkasse Zusatz (bei HW) |
| **AHV-Nr.** | **Krankenkasse** |
| **Einsatzgrund**  Krankheit Unfall Mutterschaft | **Krankenkassen Nummer** |
| **Austrittsdatum** | **Ärztl. Anordnung**  JA NEIN |
| **Kontaktperson** | Zivilstand Haushaltstyp |
| **Unfallkasse:**  **Schadendatum:**  **Schaden-Nr.:** | |

|  |
| --- |
| **Diagnosen:** |
| **Einsatz für:**  **Wie oft**  Zusätzliche Dienstleistungen: MZD Hauswirtschaft |
| **Spezielles:** |
| **Termin 1.Einsatz/ Bedarfsabklärung:** |
| **Unterschrift MA:** |