

Anmeldung zum Aufenthalt im Sunnehus

Personalien

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____
 Adresse: _____ PLZ, Ort: _____ Beruf: _____
 e-mail: _____ KK: _____ Tel.: _____
 Bezugsperson(en): _____ Tel.: _____ Mob: _____

Zimmer-Reservation

Anz. Einzelzimmer: _____ Anz. Doppelzimmer: _____ Anz. Erwachsene: _____ Anz. Kinder (bis 12J): _____
 Gewünschter Termin ab: _____ Aufenthaltsdauer: _____ Tage Ankunft: _____
 Vegetarisches Essen: ja Spez.Ernährung: _____
 Preise: Fr. _____ Tag/Person Fr. _____ Tag/Kind Fr. _____ pro Tag/ _____
 Bemerkungen: _____

Grund für den Aufenthalt

Krankheit Unfall Prävention

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Ferien | <input type="radio"/> Rekonvaleszenz nach Spitalaufenthalt | <input type="radio"/> Betreute Ferien |
| <input type="radio"/> Erholung | <input type="radio"/> Erschöpfung oder Depression | <input type="radio"/> Pensionär/in/WAG |
| <input type="radio"/> Gesundheitspflege | <input type="radio"/> Lebenskrise in Partnerschaft und Beruf | <input type="radio"/> Schnuppertage |
| <input type="radio"/> Anstelle Klinikaufenthalt | <input type="radio"/> _____ | |

Ort, Datum: _____ Unterschrift des Gastes: _____

Zuweisende Stelle

Institution, Praxis: _____
 Adresse: _____ Telefon: _____ Fax: _____
 PLZ, Ort: _____ Ansprechperson _____

Beschwerden/Diagnosen

Pflegebedürftigkeit: nein Suchtgewohnheiten: nein Psychosen: nein Suizidalität: nein

Medizinische Verordnungen

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Medizinische Betreuung | <input type="radio"/> Psychosoziale Beratung, Mediation | <input type="radio"/> Kreatives Gestalten |
| <input type="radio"/> Grundpflege, Krankenpflege | <input type="radio"/> Ernährungsberatung | |
| <input type="radio"/> Physikalische Anwendungen | <input type="radio"/> Atem- und Empfindungspflege | |
| <input type="radio"/> _____ | | |

Medikamente, Heilmittel: _____

(Wir bitten Sie, die für die ganze Aufenthaltsdauer notwendigen Medikamente mitzugeben.)

Ort, Datum: _____ Unterschrift des Arztes/Institution: _____

Sunnehus intern

Empfehlung durch: _____

- | | | | | |
|--|--------------------------|------------|--|--|
| <input type="radio"/> Anfrage | Datum _____ | Vis: _____ | <input type="radio"/> definitiv, Datum: _____ | Vis: _____ |
| <input type="radio"/> Provisorisch | Datum _____ | Vis: _____ | <input type="radio"/> definitiv (Protel) _____ | Vis: _____ |
| <input type="radio"/> Prov.(Protel) | Datum _____ | Vis: _____ | <input type="radio"/> Bestätigung schriftlich | Vis: _____ |
| <input type="radio"/> Abmeldung | Datum _____ Grund: _____ | | <input type="radio"/> VZ Betrag Fr. _____ | Vis: _____ |
| <input type="radio"/> Fonds Antrag | Datum _____ | Vis: _____ | <input type="radio"/> Gutsprache Fr./Tag _____ | Pauschale Fr. _____ |
| <input type="radio"/> Rücksprache mit Kurbegleitung | Datum/Vis: _____ | | | |
| <input type="radio"/> AZ im Haus | | | | <input type="radio"/> Notizen s. Rückseite |