

BEDARFSABKLÄRUNG (BDA)
TEIL 1

ANMELDUNG

ANMELDEFORMULAR

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:
Fax **+41 (0) 43 541 36 70** oder per Mail an info@jahlgmbh.ch

ANMELDUNG

KIND MIT PARENTERALER ERNÄHRUNG und Einsatz der mobilen BodyGuard Infusionspumpe
KIND MIT ENTERALER DAUERERNÄHRUNG via Duodenal- oder Jejunalsonde und Einsatz der mobilen BodyGuard Pumpe
KIND MIT I.V. SCHMERZTHERAPIE und Einsatz der mobilen BodyGuard Schmerzpumpe PCA

Datum _____
Zuweisende Organisation _____
Zuweisende Person _____
Abteilung, Bezugspflege _____
Erreichbarkeit _____

PATIENTEN-DATEN

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Körpergewicht _____ Länge _____
Adresse _____
Festnetz _____ Fax _____
Mutter _____ Vater _____

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

Krankenkasse / Adresse / Vers.-Nr. _____
IV-Stelle / Adresse / AHV-Nr. / Verfügungs-Nr. _____
Kostengutsprache gesuch gestellt? Ja Nein / erfolgt am _____, durch _____

INVOLVIERTE PERSONEN

Behandelnder Arzt (Spital) _____
Ernährungsberaterin (Spital) _____
Wundberaterin (Spital) _____
Hausarzt (Name, Adresse) _____
Spitexorganisation (Adresse, Fallführung) _____

ENTLASSUNG / VORAUSSICHTLICHES DATUM _____

Datum, Ort, Unterschrift des Anmelders

Stempel

ANMELDUNG / ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:
Fax +41 (0) 43 541 36 70 oder per Mail an info@jahlgmbh.ch

Durch die Eltern / gesetzlichen Vertreter auszufüllen:

Sehr geehrte Eltern,

Wir, die Firma Comfort Care JAHL GmbH ist von ihrem behandelnden Arzt und dem Homecare Service damit beauftragt worden, Sie bei der bevorstehenden Entlassung Ihres Kindes zu unterstützen. Wir erstellen mit Ihnen die bedarfsgerechte Bestellung der notwendigen Medikamente, Verbrauchsmaterialien und Pflegeprodukte, die für die Durchführung der Pflege zu Hause notwendig ist. Wir liefern sämtliche Materialien persönlich zu Ihnen nach Hause und richten in einem bereits fertigen Baukastensystem mit Ihnen den Arbeitsplatz nach Ihren Wünschen ein, damit die lückenlose Pflege ihres Kindes durch sie und das unterstützende Fachpersonal (Spitexorganisation) gewährleistet ist.

Damit wir diesen Auftrag ausführen können, bitten wir sie, die unten stehende Erklärung „Entbindung von der Schweigepflicht“, zu unterzeichnen.

ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Die Eltern / gesetzlichen Vertreter entbinden hiermit die behandelnden Ärzte und involvierte Institutionen der / des oben genannten Klientin / Klienten bezüglich pflege- und betreuungsrelevanter Informationen ausdrücklich von der Schweigepflicht gegenüber der Comfort Care JAHL GmbH.

Weiter erklären sie sich damit einverstanden, dass die Comfort Care JAHL GmbH personenbezogene Daten über die Klientin / den Klienten bearbeitet und zur Erfüllung ihres Auftrags an Dritte, insbesondere an Krankenkassenversicherungen, Ärzte, Spitäler, Amtsstellen und andere Dienstleistungserbringer, weitergeben darf.

Personalien des Klienten

Name / Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnadresse: _____

Name / Vorname des Erziehungsberechtigten (Mutter): _____

Mobile: _____ E-Mail : _____

Name / Vorname des Erziehungsberechtigten (Vaters): _____

Mobile: _____ E-Mail : _____

Angaben zur Versicherung

Krankenkasse / Adresse / Vers.-Nr. _____

IV-Stelle / Adresse / AHV-Nr. _____

Verfügungsnummer (falls schon vorhanden): _____

Zusatzversicherung: ja nein _____

Versicherungsnr. Zusatzversicherung: _____

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern / gesetzliche Vertreter