



Anmeldeformular

Angemeldet von: Betroffener
 Angehörige
 Fachperson --- Name der Organisation _____

Datum: _____

Anrede _____

Vorname _____

Name _____

Geburtsdatum _____

Strasse und Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

E-Mail _____

Telefon privat / Mobile _____

Wenn vorhanden:

AHV-Nr. _____

Unfallversicherung _____

Name Organisation _____

Krankenkasse _____

Name Organisation _____

Diagnose: _____ seit _____

Anliegen

Dekubitus <input type="checkbox"/>	Hilfsmittelberatung <input type="checkbox"/>	Alter und Wohnen <input type="checkbox"/>
Transfer/Lagerung <input type="checkbox"/>	Peristeen <input type="checkbox"/>	
Blase/Darm <input type="checkbox"/>	Atmung/Beatmung <input type="checkbox"/>	andere _____

War von ParaHelp schon jemand vor Ort? Ja ... wer? _____ Nein

Bemerkungen/Wünsche _____

Standortbestimmung / Beratung vor Ort – gewünscht Ja Nein

Kontakt für Rückfragen _____

Für Anmeldungen durch Kliniken/Ärzte usw.:

Dürfen wir Sie bitten, uns gleichzeitig einen aktuellen Spitalaustrittsbericht oder Arztbericht zuzustellen.

Einsenden an: info@parahelp.ch

Besten Dank!