

## 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     |                     |