

Weitere Dienstleistungen:

TAGESBETREUUNG

1. Ziel

- Betagten und hilfsbedürftigen Menschen, welche zu Hause leben und von Angehörigen betreut und gepflegt werden, eine Abwechslung im Alltag bieten.
- Mit unserem Angebot wollen wir die Angehörigen entlasten.
- Die Bewohner fördern und aktivieren in den verschiedenen Alltagsgestaltungen.

2. Angebot

- Die Tagesbetreuung wird angeboten von Montag bis Freitag (Zeiten siehe unter 4.1 Taxen).
- Im Angebot inbegriffen ist bei Variante 1 das Mittag- und Abendessen, bei Variante 2 nur das Mittagessen.
- Teilnahme an Ausflügen und Aktivierungen.

3. Dienstleistungen

- Betreuung, Pflege und Beratung durch qualifiziertes Personal.
- Körperpflege, wenn erwünscht (siehe unter 4.2 Tax-Zuschläge).
- Podologie oder Pedicure (gemäss Ansatz Podologie im Hause).

4.1 Taxen

Die Taxen bestehen aus der Grundtaxe (Wohnen, Mahlzeiten, Aktivierung) und den Zuschlägen:

- | | | |
|--|---------|-----------|
| - Variante 1: Aufenthalt von 10.00 – 19.00 Uhr | pro Tag | Fr. 100.— |
| - Variante 2: Aufenthalt von 10.00 – 17.00 Uhr | pro Tag | Fr. 80.— |

4.2 Taxe-Zuschläge

- | | | |
|-------------------|------------|----------|
| - Pflege | pro Stunde | Fr. 60.— |
| - Baden / Duschen | pro Mal | Fr. 35.— |

5. Abmeldegebühr

Bei Abmeldung reservierter Termine werden folgende Gebühren erhoben:

- | | |
|---|---------------------------|
| - bis mind. 24 Stunden vor dem Betreuungsbeginn | wird keine Gebühr erhoben |
| - bis 17.00 Uhr am Vortag der Tagesbetreuung: | 50% Fr. 50.— / 40.— |
| - bis 07.00 Uhr am gleichen Tag der Tagesbetr.: | 100% Fr. 100.— / 50.— |

6. Anmeldung

Die Anmeldung erfolgt über das Aufnahmegesuch für Tagesbetreuung bei:

**Pflegewohngruppen Alterszentrum Tschann, Unterdorfweg 3, 6033 Buchrain,
Telefon 041 444 26 00**

Weitere Dienstleistungen:

TAGESBETREUUNG

Aufnahmegesuch

Name: _____ Vorname: _____

Wohnadresse: _____

PLZ / Ort: _____ Tel.-Nr: _____

Beruf: _____ Heimatort: _____

Geburtsdatum: _____ AHV-Nr.: _____

Zivilstand: _____ Konfession: _____

Rechnungsadresse: _____

Hausarzt / Telefonnummer: _____

Krankenkasse / Mitgliedernummer: _____

Eintrittsdatum: _____ Var. 1: (Fr. 100.—) Var. 2: (Fr. 80.—)

An welchen Wochentagen wollen sie das Tagesheim besuchen?

Montag <input type="checkbox"/>	Dienstag <input type="checkbox"/>	Mittwoch <input type="checkbox"/>	Donnerstag <input type="checkbox"/>	Freitag <input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--	-------------------------------------

(bitte gewünschten Tag ankreuzen)

Adresse der nächsten Bezugspersonen:

Name/Vorname: _____ Verwandtschaftsgrad: _____ Telefonnummer wo erreichbar: _____

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

Information / Besonderheiten über zukünftigen Gast:

Um alle Daten von unseren zukünftigen Gästen aufzunehmen, bitten wir die Angehörigen, bei der ersten Betreuung eine Stunde Zeit einzurechnen, damit wir die Bedürfnis, Betreuungs- und Pflegeanamnese, Medikamenten und Diagnosen sauber aufnehmen können. Besten Dank!
