

Zuweisung

Patientendaten

Vorname

Name

Geburtsdatum

PLZ Wohnort

Telefon

oder Etikett

Meine Patientin / mein Patient interessiert sich für

Anstellung von pflegenden Angehörigen

z.B. Hilfe bei Körperhygiene, Mobilisation, An- und Auskleiden, Transfer zur Toilette, Hilfsmittel anbringen, Inhalation vorbereiten, Kompressionsstrümpfen

Alltagshilfe und Betreuung

z.B. Begleitung Arzttermine, Gesellschaft, Entlastungsdienst

ZAM.care

044 515 49 20

Formular bitte senden an zamcare@hin.ch

Unterschrift / Stempel zuweisende Ärztin / Arzt

Praxis / Name

Drucken ...