

## Anmeldeformular Demenzberatungsstelle Bezirk Arbon

Zuweiser:  Datum:

### Daten über anzumeldende Person

Anrede:

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ/Wohnort:

Geburtsdatum:

Zivilstand:  Nationalität:

Telefon:  Handy:

Hausarzt:

Krankenkasse:

AHV-Nr.:

### Situationsbeschreibung:

(Wichtige Informationen und Ereignisse? Überblick über die Probleme der betroffenen Person. Was wurde bereits unternommen? Was hat bisher genützt? Welche Möglichkeiten sind noch nicht ausgeschöpft?)

### Beteiligte/involverte Fachstellen:

**Ziel der Zusammenarbeit:**

(aus Sicht der Fachstelle / aus Sicht der betroffenen Person)

**Definition Auftrag:**

**Prozess/Vorgehen:**

(Wann und wie soll Erstkontaktaufnahme geschehen? Gibt es bereits Eck-Termine/Daten mit Zuweiser? Mit wem soll Kontakt aufgenommen werden?)

**Bitte vollständig ausgefüllt an die Demenzberatungsstelle Bezirk Arbon senden**  
([demenzberatungsstelle@spitex-arbon.ch](mailto:demenzberatungsstelle@spitex-arbon.ch))

**senden**