



GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Anmeldung für das Abklärungsgespräch

1. PATIENT/PATIENTIN

Name: Vorname:

Strasse: PLZ/Ort:

Telefon: Geb.datum:

Herz-Kreislaufschwäche: Diabetes mellitus:

Atemwegserkrankung: Arthrose / chronische Rückenbeschwerden:

Datum der Entlassung aus dem Spital:

Behandelnder Arzt: Telefon:

Bereits erfolgte Instruktionen:

Diabetesberatung: Inhalieren:

Andere (was):

Spitex-Betreuung ja nein

zuständiges Spitex-Zentrum: Name / Tel.nr.

Folgende Unterlagen werden mit der Anmeldung per Post / Fax / Email gesandt:

Austrittsbericht: Überweisungsrapport:

Pflegedokumentation: Andere (was):

2. ZUWEISER

Waidspital: Haus-/Spezialarzt: Spitex-Dienst

Verantwortlich für die Anmeldung:

Name: Vorname:

Funktion: Telefon:

3. BESTÄTIGUNG

Der Patient/die Patient/in ist einverstanden mit der Anmeldung für ein Gespräch über das allfit-Kursprogramm und erwartet den Rückruf der allfit-Beraterin/des allfit-Beraters.

Ort/Datum: Unterschrift:

Bitte einsenden an: allfit c/o Spitex-Zentrum Schwamendingen, Friedrichstr. 9, 8051 Zürich
Tel. 01 325 40 38, Fax 01 325 40 21; E-Mail spitex-schwamendingen@spitex-net.ch

Eine Dienstleistung des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich
Mitträger: Lungenliga Kanton Zürich, Zürcher Diabetes-Gesellschaft, Rheumaliga Kanton Zürich,
VHZ Verein Hausärzte der Stadt Zürich, Medix Aerzteverband, Helsana Versicherungen AG,
Spitex Zürich-Nord