



# Anmeldung

Bitte beachten Sie:

- Bei der Anmeldung von Ehepaaren bitte je ein Formular ausfüllen.
- Die Anmeldung muss an Werktagen spätestens 24 Stunden vor Eintritt im Altersheim eingetroffen sein. Ansonsten können wir einen Eintritt nicht gewährleisten

Name(n)	
Vorname(n)	
Strasse, Nummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
E-mail	
Geburtsdatum	
Zivilstand	
Name und Vorname des Ehe-/Lebenspartners	
ev. Datum des verstorbenen Ehegatten	
Konfession	
AHV-Nummer	
Heimatort	
Schriften deponiert in:	seit:
Heutiger Aufenthaltsort	seit:
Gewünschter Eintrittstermin	.....20..... Bei Dauer-, Ferien-, und Rehaaufenthalte ist die Eintrittszeit um 14.00 Uhr
Letzter Aufenthalt	( ) zu Hause ( ) Spital, welcher.....
Bezug von Spitexdienstleistungen vor dem Heimeintritt	( ) ja ( ) nein Wenn ja: Spitex-Organisation:.....

Art des gewünschten Aufenthalts (Bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Daueraufenthalt <input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt von.....20... bis.....20... <input type="checkbox"/> Rehabilitation ab.....20... <input type="checkbox"/> Tagesaufenthalt (8.30 - 17.00 Uhr) An folgenden Tagen: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Sonntag <input type="checkbox"/> Donnerstag  <input type="checkbox"/> Nachtaufenthalt (18.00 - 8.30Uhr) An folgenden Tagen: <input type="checkbox"/> Montag - Dienstag <input type="checkbox"/> Dienstag - Mittwoch <input type="checkbox"/> Mittwoch - Donnerstag <input type="checkbox"/> Donnerstag - Freitag <input type="checkbox"/> Freitag - Samstag <input type="checkbox"/> Samstag - Sonntag <input type="checkbox"/> Sonntag - Montag
Krankenversicherer Grundversicherung	Kasse ..... Adresse ..... Telefon ..... Sektion ..... Mitgliedernummer ..... Versicherungsart <input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat
Krankenversicherer Zusatzversicherung	Kasse ..... Adresse ..... Telefon ..... Sektion ..... Mitgliedernummer ..... Versicherungsart <input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat
Unfallversicherung	Versicherung ..... Adresse ..... Telefon .....
Haftpflichtversicherung	Versicherung ..... Adresse ..... Telefon .....

Einbruchsach- versicherung	Versicherung ..... Adresse ..... Telefon .....
Hausarzt	Name ..... Adresse ..... Telefon .....
Besteht eine Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte Kopie beilegen
Besteht ein Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte Kopie beilegen
Besteht eine Beistandschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Name, Vorname ..... Strasse, Nummer ..... PLZ, Ort ..... Telefon ..... Handy ..... E-Mail .....
Name, Adresse und Telefon Ihrer nächsten Angehörigen	1. Person (=wichtigste Bezugsperson) Verwandtschaftsgrad ..... Name, Vorname ..... Strasse, Nummer ..... PLZ, Ort ..... Telefon ..... Handy ..... E-Mail .....  2. Person Verwandtschaftsgrad ..... Name, Vorname ..... Strasse, Nummer ..... PLZ, Ort ..... Telefon ..... Handy ..... E-mail .....

	3. Person Verwandtschaftsgrad ..... Name, Vorname ..... Strasse, Nummer ..... PLZ, Ort ..... Telefon ..... Handy ..... E-mail .....
Leiden Sie an Krankheiten oder Allergien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche:..... ..... .....
Benötigen Sie eine vom Arzt verordnete Diät?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche.....
Wer regelt die finanziellen Angelegenheiten?	Name ..... Adresse ..... Telefon .....
An wen sind unsere monatlichen Rechnungen zu senden?	<input type="checkbox"/> Bewohner/in <input type="checkbox"/> andere Person, wer? Name ..... Adresse ..... Telefon .....
An wen geht die Post für den Bewohner?	<input type="checkbox"/> Bewohner/in <input type="checkbox"/> andere Person, wer? Name ..... Adresse ..... Telefon .....
Bank-/Postverbindung	<input type="checkbox"/> Bank <input type="checkbox"/> Post    bitte ankreuzen Adresse ..... Telefon ..... Konto-Nummer: .....
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt zuständige AHV-Ausgleichskasse: .....
Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
Mitglied einer Sterbehilfeorganisation?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche Wohnform wünschen Sie?	<input type="checkbox"/> Einerzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Ehepaarzimmer
Möchten Sie Ihr Haustier mitbringen?	<input type="checkbox"/> Ich habe kein Haustier <input type="checkbox"/> Ich habe ein Haustier Art:.....

	<input type="checkbox"/> Ich möchte es mitbringen. <input type="checkbox"/> Ich nehme mein Haustier nicht mit.
Möchten Sie Ihr Auto mitbringen?	<input type="checkbox"/> Ich habe kein Auto <input type="checkbox"/> Ja, ich möchte das Auto mitbringen.
Wie wird Ihre Privatwäsche aufbereitet?	<input type="checkbox"/> vom Altersheim (nämelen ist zwingend) <input type="checkbox"/> privat
Telefon	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Wenn ja bei Daueraufenthalt: <input type="checkbox"/> Nummer zügeln vom letzten Wohnort Tel.nr.:..... <input type="checkbox"/> bitte neue Nummer beantragen durch das Heim gegen Verrechnung  Wenn ja bei Kurzaufenthalt (bis 28 Tage): Telefon und Nummer wird vom Heim zur Verfügung gestellt und verrechnet
Bemerkungen	..... ..... ..... ..... .....

Für den Fall, **dass der Bewohner urteilsunfähig ist**, sind laut Kaskadenordnung des Erwachsenenschutzrechtes folgende Personen unterschriftsberechtigt

- a) die in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person
- b) der Beistand mit schriftlicher Zustimmung der Erwachsenenschutzbehörde
- c) der Ehegatte oder der eingetragene Partner
- d) die Person, welche mit dem Bewohner einen gemeinsamen Haushalt geführt hat und regelmässig und persönlich Beistand leistet (gemäss Kaskade bei medizinischen Massnahmen)

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der obigen Angaben, ermächtigt die Leitung oder die zuständige Pflegeverantwortliche beim Hausarzt medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet ihn von der Schweigepflicht gegenüber der Leitung.

Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt.

Ort, Datum: .....

Unterschrift Antragsteller/in: .....

oder

Vertretung mit

Unterschriftsberechtigung:.....

Vor einem definitiven Eintritt reichen Sie folgende Unterlagen ein:

- Kopie des Schriftenempfangsschein oder Wohnsitzbestätigung der Wohngemeinde
- Ev. Kopie einer ärztlich verordneten Diät
- Nachweis oder Kopie einer Privathaftpflichtversicherung
- Kopie der Krankenkassenkarte