



# 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

|  |   |
|--|---|
| <p>Art des gewünschten Aufenthalts<br/>(Bitte ankreuzen)</p> | <p><input type="checkbox"/> Daueraufenthalt</p> <p><input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt</p> <p>von.....20... bis.....20...</p> <p><input type="checkbox"/> Rehabilitation</p> <p>ab.....20...</p> <p><input type="checkbox"/> Tagesaufenthalt (8.30 - 17.00 Uhr)</p> <p>An folgenden Tagen:</p> <p><input type="checkbox"/> Montag</p> <p><input type="checkbox"/> Dienstag</p> <p><input type="checkbox"/> Mittwoch</p> <p><input type="checkbox"/> Donnerstag</p> <p><input type="checkbox"/> Freitag</p> <p><input type="checkbox"/> Samstag</p> <p><input type="checkbox"/> Sonntag</p> <p><input type="checkbox"/> Nachtaufenthalt (18.00 - 8.30Uhr)</p> <p>An folgenden Tagen:</p> <p><input type="checkbox"/> Montag - Dienstag</p> <p><input type="checkbox"/> Dienstag - Mittwoch</p> <p><input type="checkbox"/> Mittwoch - Donnerstag</p> <p><input type="checkbox"/> Donnerstag - Freitag</p> <p><input type="checkbox"/> Freitag - Samstag</p> <p><input type="checkbox"/> Samstag - Sonntag</p> <p><input type="checkbox"/> Sonntag - Montag</p> |
|--|---|

|  |   |
|--|---|
| 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.....<br>Bei Dauer-, Ferien-, und Rehaaufenthalte ist die Eintrittszeit um 14.00 Uhr   |
| Krankenversicherer Grundversicherung     | Kasse .....<br>Adresse .....<br>Telefon .....<br>Sektion .....<br>Mitgliedernummer .....<br>Versicherungsart<br>( ) allgemein      ( ) Halbprivat      ( ) Privat |
| Krankenversicherer Zusatzversicherung    | Kasse .....<br>Adresse .....<br>Telefon .....<br>Sektion .....<br>Mitgliedernummer .....<br>Versicherungsart<br>( ) allgemein      ( ) Halbprivat      ( ) Privat |
| Unfallversicherung                       | Versicherung .....<br>Adresse .....<br>Telefon .....  |

|   |   |
|---|---|
| Haftpflichtversicherung                                     | Versicherung .....<br>Adresse .....<br>Telefon .....  |
| Einbruchsach-<br>versicherung                               | Versicherung .....<br>Adresse .....<br>Telefon .....  |
| Hausarzt  | Name .....<br>Adresse .....<br>Telefon .....  |
| Bezug von<br>Spitexdienstleistungen vor<br>dem Heimeintritt | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Wenn ja:<br>Spitex-Organisation:.....  |
| Besteht eine Vormund-<br>schaft/Beistandschaft              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |
| Letzter Aufenthalt  | <input type="checkbox"/> zu Hause<br><input type="checkbox"/> Spital, welcher.....  |
| Name, Adresse und<br>Telefon Ihrer nächsten<br>Angehörigen  | 1. Person (=wichtigste Bezugsperson)<br>Verwandtschaftsgrad .....<br>Name, Vorname .....<br>Strasse, Nummer .....<br>PLZ, Ort .....<br>Telefon .....<br>Handy .....<br>E-Mail .....<br>Unterschriftsberechtigung für angemeldete Person<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><br>2. Person<br>Verwandtschaftsgrad .....<br>Name, Vorname .....<br>Strasse, Nummer .....<br>PLZ, Ort .....<br>Telefon .....<br>Handy .....<br>E-mail .....<br>Unterschriftsberechtigung für angemeldete Person<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><br>3. Person<br>Verwandtschaftsgrad .....<br>Name, Vorname .....<br>Strasse, Nummer ..... |

|  |   |
|--|---|
|  | PLZ, Ort .....<br>Telefon .....<br>Handy .....<br>E-mail .....<br>Unterschriftsberechtigung für angemeldete Person<br>( ) ja ( ) nein   |
| Leiden Sie an Krankheiten oder Allergien?              | ( ) ja ( ) nein<br>wenn ja, welche:.....<br>.....<br>.....  |
| Benötigen Sie eine vom Arzt verordnete Diät?           | ( ) ja ( ) nein<br>wenn ja, welche.....   |
| Wer regelt die finanziellen Angelegenheiten?           | Name .....<br>Adresse .....<br>Telefon .....  |
| An wen sind unsere monatlichen Abrechnungen zu senden? | Name .....<br>Adresse .....<br>Telefon .....  |
| Bank-/Postverbindung                                   | ( ) Bank ( ) Post bitte ankreuzen<br>Adresse .....<br>Telefon .....<br>Konto-Nummer: .....  |
| Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?                     | ( ) ja ( ) nein ( ) ist beantragt<br>zuständige AHV-Ausgleichskasse:<br>.....   |
| Hilflosenentschädigung                                 | ( ) ja ( ) nein ( ) beantragt   |
| Mitglied einer Sterbehilfeorganisation?                | ( ) ja ( ) nein   |
| Welche Wohnform wünschen Sie?                          | ( ) Einerzimmer ( ) Doppelzimmer<br>( ) Ehepaarzimmer   |
| Telefon  | ( ) ja ( ) nein<br><br>Wenn ja bei Daueraufenthalt:<br>( ) Nummer zügeln vom letzten Wohnort<br>Tel.nr.:.....<br>( ) bitte neue Nummer beantragen durch das Heim gegen Verrechnung<br><br>Wenn ja bei Kurzaufenthalt (bis 28 Tage):<br>Telefon und Nummer wird vom Heim zur Verfügung gestellt und verrechnet |

|   |   |
|---|---|
| Möchten Sie Ihr Haustier mitbringen?    | <input type="checkbox"/> Ich habe kein Haustier<br><input type="checkbox"/> Ich habe ein Haustier<br>Art:.....<br><input type="checkbox"/> Ich möchte es mitbringen.<br><input type="checkbox"/> Ich nehme mein Haustier nicht mit. |
| Möchten Sie Ihr Auto mitbringen?        | <input type="checkbox"/> Ich habe kein Auto<br><input type="checkbox"/> Ja, ich möchte das Auto mitbringen.   |
| Wie wird Ihre Privatwäsche aufbereitet? | <input type="checkbox"/> vom Altersheim (nämelen ist zwingend)<br><input type="checkbox"/> privat   |
| Bemerkungen                             | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....   |

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:.....

Senden an:

Altersheim am Buck

Untere Buckstrasse 11

8215 Hallau

Vor einem definitiven Eintritt reichen Sie bitte folgende Unterlagen ein:

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

