

Anmeldung Eintritt

Mit Abgabe des Anmeldeformulars werden Sie in die Interessentenliste aufgenommen.

Personalien

Name: Geburtsdatum:

Vorname: Heimatort:

Strasse: Zivilstand:

PLZ, Wohnort: Polit. Gemeinde:

Zivilrechtlicher
Wohnsitz: AHV-Nummer:

Aktuelle Telefonnummer (Festanschluss):

Nummer Mobiltelefon:

Konfession: Beruf:

Aufenthaltsort:

Eintritt aus: eigenem Haushalt Heim / Spital

Gewünschter Eintrittszeitpunkt:

Gewünschtes Appartement: Einzelappartement mit Loggia
 Einzelappartement ohne Loggia
 Eck-Einzelappartement mit Loggia

Festnetz-Telefonanschluss/ -apparat*
vom Haus gewünscht (neue, interne Nummer) ja nein

Fernsehapparat*
vom Haus gewünscht ja nein

*Apparate sind bereits in der Pensionstaxe enthalten, monatliche Anschlussgebühren gemäss Taxordnung.

Angehörige / Kontaktpersonen

1. Bezugsperson

Name: Vorname:
Strasse: PLZ, Wohnort:
Tel. Privat: Tel. Geschäft:
Mobiltelefon: E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:

2. Bezugsperson

Name: Vorname:
Strasse: PLZ, Wohnort:
Tel. Privat: Tel. Geschäft:
Mobiltelefon: E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:

3. Bezugsperson

Name: Vorname:
Strasse: PLZ, Wohnort:
Tel. Privat: Tel. Geschäft:
Mobiltelefon: E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:

Gesetzliche Vertretung (Begleitbeistandschaft / Mitwirkungsbeistandschaft /umfassende Beistandschaft)

Name: Vorname:
Strasse: PLZ, Wohnort:
Tel. Privat: Tel. Geschäft:
Mobiltelefon: E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:
Massnahme:

Ärzte

Hausarzt/-ärztin:

Zahnarzt/-ärztin:

Krankenversicherung / Unfallversicherung

Krankenkasse:

Geschäftsstelle:

Versicherten-Nr.:

Versicherungskarten-Nr.:

Zusatzversicherung:

Versicherung: Allgemein Halbprivat Privat

Gesundheit

Benötigen Sie eine vom Arzt verschriebene Diät? Ja Nein

Wenn ja, welche? (Zucker-, Leber, Gallen-, Magendiät)

.....

Spitex-Betreuung bisher: Ja Nein

Wie ist Ihr Gesundheitszustand?

Ich bin selbständig und benötige keine Hilfe

Ich benötige Unterstützung/Betreuung:

beim Einkaufen beim Kochen bei der Haus-/Wohnungsreinigung

bei der Grundhygiene (waschen, duschen) beim Ankleiden

bei der Pflege (medizinische Handlungen) therapeutisch

psychisch soziale Kontakte

bei der Mobilisation (gehen, aufstehen, absitzen)

bei Toilettengängen sonstiges

Finanzielles

Erledigen Sie die finanziellen Angelegenheiten selber? Ja Nein

Die finanziellen Angelegenheiten werden erledigt durch (Rechnungsadresse):

Name: Vorname:

Strasse: PLZ, Wohnort:

Tel. Privat: Tel. Geschäft:

Mobiltelefon: E-Mail:

Beziehungs- oder Verwandtschaftsgrad:

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen? Ja Nein

Erhalten Sie Hilfslosen-Entschädigung? Ja Nein

Patientenverfügung / Testament / Vorsorgeauftrag

Ist eine Patientenverfügung vorhanden? Ja Nein

Wird aufbewahrt bei (Name / Adresse):
.....

Ist eine letztwillige Verfügung (Testament/Erbvertrag) vorhanden? Ja Nein

Wird aufbewahrt bei (Name / Adresse):
.....

Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden? Ja Nein

Wird aufbewahrt bei (Name / Adresse):
.....

Rea-Status: Möchten Sie reanimiert werden? Ja Nein

Wünsche / Bemerkungen

.....
.....
.....
.....

Drehscheibe (Anlaufstelle für Gesundheit, Wohnen und Altersbetreuung)

Wünschen Sie eine Kontaktaufnahme? Ja Nein

Auskünfte

Ich erlaube, dass Fotos von mir verwendet werden. Ja Nein

Zwingende Beilagen

- Kopie der letztgültigen Steuerveranlagung inkl. Details
- Kopie der Krankenkassenkarte
- Verfügung Ergänzungsleistung
- Verfügung Hilflosenentschädigung
- Patientenverfügung
- Vollmachtsregelung bei Urteilsunfähigkeit

Der / die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Zentrumsleitung sowie die Pflegedienstleitung beim Hausarzt/bei der Hausärztin sowie bei Spitälern/Heimen medizinische Auskünfte einzuholen und Unterlagen einzufordern. Der Arzt/die Ärztin sowie das Spital/Heim werden somit von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden. Die Zentrumsleitung sowie der Pflegedienst verpflichten sich, sämtliche Angaben vertraulich zu behandeln.

.....
(Ort und Datum)

.....
(Unterschrift)