

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

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)