

Anmeldung für Aufnahme

1) Personalien

Name: Vorname:
Strasse: PLZ, Ort:
Telefon: E-Mail:
Geburtsdatum: Zivilstand:
Geschlecht: männlich weiblich Ausbildung:
Konfession: Beruf:
Heimatort: Nationalität:
Gesetzlicher Wohnort: AHV Nr.:
Aufenthalts-/Niederlassungsbewilligung:
Pass/ID Nr. Kopie ID/Pass/Ausländerausweis
Krankenkasse: Karten Nr.:
Versicherten Nr.: Gültig bis:
 Kopie Krankenkassenkarte
Bisherige Wohnsituation:

2) Gesundheitszustand

Überweisungsrapport mit Diagnose und aktuelle Medikation beilegen oder nachsenden

Arzt / Klinik: Strasse:
PLZ, Ort: Telefon:

3) Garantie für die Sicherstellung der Heimkosten

Gesetzliche Vertretung

Kontaktangaben der gesetzlichen Vertretung:

Name: Vorname:
Strasse: PLZ, Ort:
Telefon: E-Mail:

Art der Beistandschaft:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Umfassende Beistandschaft | <input type="checkbox"/> Mitwirkungsbeistandschaft |
| <input type="checkbox"/> Vertretungsbeistandschaft | <input type="checkbox"/> Begleitbeistandschaft |
| <input type="checkbox"/> Vermögensverwaltung | <input type="checkbox"/> keine Beistandschaft |

Bitte eine Ernennungsurkunde beilegen.

Bei einer fürsorglichen Unterbringung ist eine Kopie des KESB Entscheids beizulegen



4) Kontaktperson / Angehörige

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung

Name: Vorname:

Strasse: PLZ, Ort:

Telefon: E-Mail:

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:

Name: Vorname:

Strasse: PLZ, Ort:

Telefon: E-Mail:

5) Diverses

Vorsorgeauftrag vorhanden: nein ja (Kopie beilegen)

Patientenverfügung vorhanden: nein ja (Kopie beilegen)

6) Zimmerkategorie

- Einzelzimmer Zweierzimmer
- Einzelzimmer mit WC Zweierzimmer mit Dusche und WC
- Einzelzimmer mit Dusche und WC

7) Interne Angaben (dieser Bereich ist von der Leitung Pflege auszufüllen)

Pat-Nr.: Haus:

Zimmer-Nr. Stockwerk:

Zuständiger Arzt: einweisende Stelle:

Eintrittsdatum: Zeit:

8) Wünsche / Bemerkungen

.....

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Heimleitung, beim zuweisenden Arzt/Ärztin allenfalls medizinische Auskünfte einzuholen. Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt. Es wird ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, dass mit Entgegennahme dieser Anmeldung noch keine definitive Zusicherung für eine Aufnahme abgegeben wird.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Bewohner

.....

Unterschrift/Stempel Vertretung