

## Anmeldung Eintritt

---

**Mit Abgabe des Anmeldeformulars werden Sie in die Warteliste 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)