

## Anmeldung Eintritt

---

Die Entgegennahme Ihrer Anmeldung bedeutet nicht automatisch eine Zusicherung für die Aufnahme.

### 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:	<input type="checkbox"/> eigenem Haushalt <input type="checkbox"/> Heim / Spital
Anmeldeart:	<input type="checkbox"/> vorsorglich <input type="checkbox"/> dringlich
Gewünschtes Appartement:	<input type="checkbox"/> Einzelappartement mit Loggia <input type="checkbox"/> Einzelappartement ohne Loggia <input type="checkbox"/> Eck-Einzelappartement mit Loggia <input type="checkbox"/> Einzelappartement mit Sitzplatz (Nord) <input type="checkbox"/> Einzelappartement mit Sitzplatz (Ost)
Festnetz-Telefonanschluss/-apparat* vom Haus gewünscht (neue, interne Nummer)	<input type="checkbox"/>
Fernsehapparat* vom Haus gewünscht	<input type="checkbox"/>

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

## Angehörige | Kontaktpersonen

### 1. Bezugsperson

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ, Wohnort:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Verwandtschaftsgrad:

### 2. Bezugsperson (falls 1. nicht erreichbar)

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:

# Zehntfeld.

## Ärzte

Hausarzt/-ärztin:

Zahnarzt/-ärztin:

## Krankenversicherung

Krankenkasse:

Geschäftsstelle:

Versicherten-Nr.:

Versicherungskarten-Nr.:

Gültigkeitsdatum:

## 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:

Verwandtschaftsgrad:

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen?  Ja  Nein

Erhalten Sie Hilflosen-Entschädigung?  Ja  Nein

# Zehntfeld.

## Gesundheit

Benötigen Sie eine vom Arzt verschriebene Diät?  Ja  Nein

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

Allergien

Spitex-Betreuung bisher:  Ja  Nein

Wie ist Ihr Gesundheitszustand?

Ich bin selbstständig und benötige keine Hilfe

Ich benötige Unterstützung | Betreuung:

beim Einkaufen  beim Kochen  bei der Haus-/Wohnungsreinigung

bei der Grundhygiene (waschen, duschen)  beim Ankleiden

psychisch  soziale Kontakte  therapeutisch

bei der Mobilisation (gehen, aufstehen, absitzen)

bei Toilettengängen  sonstiges

## 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

# Zehntfeld.

## Drehscheibe (Anlaufstelle für Gesundheit, Wohnen und Altersbetreuung)

Wünschen Sie eine Kontaktaufnahme?  Ja  Nein

## Auskünfte

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

## Beilagen bei Zusage Eintritt

- Kopie der letztgültigen Steuerveranlagung
- Kopie der Krankenkassenkarte
- Verfügung Ergänzungsleistung (falls vorhanden)
- Verfügung Hilflosenentschädigung (falls vorhanden)
- Patientenverfügung (falls vorhanden)
- Vollmachtsregelung bei Urteilsunfähigkeit (falls vorhanden)
- Kopie der aktuellen Versicherungspolice (Haftpflicht- und Hausratversicherung)

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt das zuständige Personal des Zentrum Zehntfeld beim Hausarzt/bei der Hausärztin sowie bei Spitalern/Heimen medizinische Auskünfte einzuholen und Unterlagen einzufordern. Der Arzt/die Ärztin sowie das Spital/Heim werden somit von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden. Sämtliche Angaben und Unterlagen werden absolut vertraulich und diskret behandelt.

---

Ort & Datum

---

Unterschrift