

Anmeldung Eintritt

Personalien

Name: Geburtsdatum:

Vorname: Heimatort:

Strasse: Zivilstand:

PLZ, Wohnort: Polit. Gemeinde:

Zivilrechtlicher
Wohnsitz: AHV-Nummer:

Konfession: Beruf:

Aufenthaltsort:

Eintritt aus: eigenem Haushalt Heim / Spital

Gewünschter Eintrittszeitpunkt:

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

Telefonanschluss: ja nein

Aktuelle Telefonnummer (Festanschluss):

Nummer Mobiltelefon:

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)

.....

Angaben über Krankheiten und zum Gesundheitszustand

.....

.....

Spitex-Betreuung bisher: Ja Nein

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

Zehntfeld.

Wohnen.
Betreuung.
Pflege.
Genuss.
Begegnung.

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)