

Anmeldung

Anmeldung zum Eintritt Anmeldung für Interessentenliste

Bitte das Formular gut leserlich und vollständig ausfüllen (für jede Person ein Formular verwenden).

1) Persönliche Angaben zur/zum Bewerber/in

Name: _____ Vorname: _____
PLZ/Ort: _____ Strasse: _____
Geburtsdatum: _____ Telefon-Nr.: _____
Zivilstand: _____ Konfession: _____
Heimatort: _____ AHV-Nr.: _____
Schriften deponiert in: _____ seit: _____
Heutiger Aufenthaltsort: _____ seit: _____
Name und Vorname des Ehe- / Lebenspartners: _____

2) Angehörige oder Kontaktpersonen

	1. Bezugsperson	2. Bezugsperson
Name, Vorname:	_____	_____
Strasse/Nr:	_____	_____
PLZ/Ort:	_____	_____
Tel. Privat:	_____	_____
Tel. Geschäft:	_____	_____
Natel:	_____	_____
E-Mail:	_____	_____
Verwandtschaftsgrad (z.B. Tochter):	_____	_____

	3. Bezugsperson	4. Bezugsperson
Name, Vorname:	_____	_____
Strasse/Nr:	_____	_____
PLZ/Ort:	_____	_____
Tel. Privat:	_____	_____
Tel. Geschäft:	_____	_____
Natel:	_____	_____
E-Mail:	_____	_____
Verwandtschaftsgrad (z.B. Tochter):	_____	_____

3) Hausarzt

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Nr.: _____

Fax Nr.: _____

Einweisender Arzt oder Institution/Spital: _____

4) Kranken-, Unfallversicherung (obligatorische Grundversicherung):

Krankenkasse: _____

Unfallversicherung: _____

Mitglieder-Nr.: _____

Mitglieder-Nr.: _____

Strasse/Nr: _____

Strasse/Nr: _____

PLZ/Ort: _____

PLZ/Ort: _____

5) Finanzielles (bitte Zutreffendes mit X bezeichnen)

1. Die Bewohnerin/der Bewohner erledigt die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe (sie/er ist zugleich Rechnungsempfänger)

2. Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson:
(Diese Person ist Rechnungsempfänger);
siehe Dokument 1, Bestimmung der vertretungsberechtigten Person, oder:

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

Bezug zu BewerberIn: _____

Beziehen Sie Zusatzleistungen? Ja Nein sind beantragt

Zuständige AHV-Ausgleichskasse: _____

6) Persönliche Wünsche

Ihr Wunschtermin für den Eintritt: _____

Möchten Sie einen Telefonanschluss im Zimmer? Ja Nein

Möchten Sie einen Fernsehanschluss im Zimmer? Ja Nein

Möchten Sie zuerst Probewohnen? Ja Nein

Welche Zimmerkategorie wünschen Sie?

Einzelzimmer mit WC / Lavabo W1

Einzelzimmer mit WC / Lavabo / Dusche W2

Doppelzimmer (Zwei Zimmer mit Verbindungstüre zur Einzelbelegung) W4

Zweibettzimmer (Zwei BewohnerInnen teilen sich ein Zimmer) P1

Bemerkungen: _____

7) Gesundheitliches:

Es steht Ihnen frei, sich auch nach erfolgtem Heimeintritt von Ihrem langjährigen Hausarzt betreuen zu lassen. Voraussetzung dafür ist, dass Ihr Hausarzt mit unserem Pflorgeteam aktiv zusammenarbeitet und bei Bedarf Hausbesuche bei Ihnen macht.

Die Heimleitung sowie der Pflegedienst sind verpflichtet, sämtliche Angaben streng vertraulich zu behandeln.

Ort und Datum:

Die/der BewerberIn:

Gesetzlicher Vertreter:

Wir verweisen darauf, dass über eine Aufnahme erst nach notwendigen Abklärungen entschieden werden kann und somit mit der Anmeldung keine Aufnahme zugesichert ist.

Bei einer definitiven Eintrittszusage müssen folgende Unterlagen vorliegen:

- 1. Depotzahlung im Betrage von Fr. 7'900**
- 2. Medizinisch-pflegerischer Überweisungsrapport oder ein aktueller Arztbericht**
- 3. Ausgefülltes LSV-/DD-Formular** (Lastschrift- bzw. Debit Direct-Formular)