Anmeldeformular

**Alle Angaben werden vertraulich behandelt**

Der besseren Lesbarkeit wegen, wird im Formular auf die Unterscheidung von weiblicher und männlicher Anrede verzichtet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter angesprochen.

1. **Anmeldung**

**Pflegezentrum Betreutes Wohnen**

Daueraufenthalt  2- Zimmerwohnung

Kurzaufenthalt  Garagenplatz: 🞏 ja 🞏 nein

Ferien- und Entlastungsbett  Haustier: 🞏 ja 🞏 nein

**Bemerkungen zum Eintritt** (Datum, Zimmerwunsch)

*Die Zimmerzuteilung für das Pflegezentrum erfolgt nach Betreuungs- und Pflegebedarf des Bewerbenden und anhand der freien Kapazitäten durch das Heim. Wünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt.*

1. **Verbindliche Anmeldung**  
     
   Mit der Unterschrift auf dieser Anmeldung bestätigt der Unterzeichnende, dass die Anmeldung  
    dringlich ist  vorsorglich ist  
     
   **Dringliche Anmeldung (so schnell als möglich)**  
   Bei einer dringlichen Anmeldung erfolgt der Eintritt bei einem freien Bett innert Wochenfrist nach Kontaktaufnahme mit unsere Administration.  
     
   **Vorsorgliche Anmeldung (nur Punkt 1-3 ausfüllen)**  
    Voraussichtlicher Eintritt innerhalb eines halben Jahres nach Einreichen der Anmeldung  
     
    Voraussichtlicher Eintritt später als ein Jahr nach Einreichen der Anmeldung  
    **Anmeldung in anderen Institutionen**

Ich bin auch noch in folgenden Institutionen angemeldet (freiwillige Angabe):  
  
     

1. **Personalien**  
   Name:       Vorname:

Strasse, Nr.:        
  
PLZ, Ort:

Geburtsdatum:        
Früherer Beruf oder Tätigkeit:

Konfession:  reformiert  katholisch  keine  andere

Sohn/Tochter des:       (Vorname und Name des Vaters)  
  
Sohn/Tochter der:       (Vorname und Name der Mutter)

Zivilstand:  ledig  
  verheiratet seit

verwitwet seit

geschieden seit        
  eingetragene Partnerschaft seit        
  
AHV-Nr.:      

Telefon-Nr. Privat:       Handy:

E-Mail:        
  
Heimatort/Staatsangehörigkeit:       Geburtsort:

Letzter Wohnort:        
*(bitte genaue Adresse angeben)*

Wohnhaft in der Gemeinde seit:        
  
Letzte Wohnart (Aufenthalt vor Eintritt):  Privathaushalt  Spital

anderes Heim   
  
Spitexbetreuung vor Eintritt: 🞏 nein 🞏 ja (bitte untenstehende Angaben

ausfüllen)

Name der Spitex:

Ansprechperson:       
  
Strasse:       PLZ/Ort:       
  
Telefon-Nr.:       Fax-Nr.:       
  
E-Mail:       
Ohne Ihren ausdrücklichen Gegenbericht, wird das Heim bei dringenden Anmeldungen eine Bestätigung der ambulanten Dienste (Spitex) über deren Leistungsumfang einholen.

1. **Ausgleichskasse**  
   Name/Adresse der Ausgleichskasse:
2. **Krankenkasse (Grund- und Zusatzversicherung)**  
     
   Name/Adresse der Krankenkasse:

Versicherungs-Nr.:       Karten-Nummer:

allg.  1/2 privat  privat      

**🡪 *Bei dringlichen Anmeldungen bitte Kopie der aktuellen Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) und Police der Zusatzversicherung beilegen.***

1. **Haftpflichtversicherung:**

Name/Adresse der Versicherung:

Policen-Nr.:

1. **Angehörige / Ansprechperson / gesetzliche Vertreter**  
     
   **🡪 *Bei Notfällen werden die Angehörigen in der angegebenen Reihenfolge benachrichtigt.*  
     
   1.** Name:       Vorname:        
     
    Strasse:       PLZ/Ort:        
     
    Telefon-Nr. P:       Tel.-Nr. G.:        
     
    E-Mail:       Handy:        
     
     Tag und Nacht kontaktieren  erst am Tag kontaktieren   
     
    Verwandtschaftsgrad/Funktion:

**2.** Name:       Vorname:        
  
 Strasse:       PLZ/Ort:        
  
 Telefon-Nr. P:       Tel.-Nr. G.:        
  
 E-Mail:       Handy:        
  
  Tag und Nacht kontaktieren  erst am Tag kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Funktion:      

**3.** Name:       Vorname:        
  
 Strasse:       PLZ/Ort:        
  
 Telefon-Nr. P:       Tel.-Nr. G.:        
  
 E-Mail:       Handy:        
  
  Tag und Nacht kontaktieren  erst am Tag kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Funktion:      

Korrespondenz ist zu richten an:  
 Bewohner  Ansprechperson 1  Ansprechperson 2  Ansprechperson 3

1. **Hausarzt**  
     
   Name:       Vorname:        
     
   Strasse:       PLZ/Ort:        
     
   Telefon-Nr.:       Fax-Nr.:        
     
   E-Mail:        
     
   **🡪 *Bei dringlichen Anmeldungen bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen.***
2. **Finanzierung des Heimaufenthaltes**  
     
   **🡪 *bitte******aktuelle Steuerveranlagung der Staatsteuer beilegen***  
     
   Die Rechnungsstellung der Heimrechnung erfolgt an:  
     
    Bewohner  Ansprechperson 1  Ansprechperson 2  Ansprechperson 3  
    Treuhandbüro  Via LSV (Lastschriftverfahren)  
     
     
   Wer verfügt über die Vollmachten zur Erledigung Ihrer administrativen und finanziellen Angelegenheiten?  
     
    Ich selbst  Ansprechperson 1  Ansprechperson 2  Ansprechperson 3   
    Treuhandbüro  
   Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen?  ja  nein

**🡪** ***wenn ja, bitte Verfügung beilegen***  
Beziehen Sie bereits Hilflosenentschädigung?  ja  nein

**🡪** ***wenn ja, bitte Verfügung beilegen***

1. **Gesundheitsfragen**

Benötigen Sie andere Kost (Diät)?  ja  nein  
  
Wenn ja, welche?

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien?  ja  nein  
  
Wenn ja, welche?

1. **Verfügungen**  
     
   Verfügen Sie über eine Patientenverfügung?  ja  nein  
   🡪***wenn ja, bitte eine Kopie beilegen***

Verfügen Sie über einen Vorsorgeauftrag?  ja  nein  
🡪 ***wenn ja, bitte eine Kopie beilegen***

1. **Beistandschaft**  
     
   Haben Sie einen Beistand?  ja  nein  
   **🡪 *wenn ja, bitte ein Kopie beilegen***
2. **Weitere Bemerkungen**
3. **Unterschriften**

Ort, Datum:        
  
Unterschriften:

Bewerbende Vertreter(in)  
  
**Zwingende Beilagen bei dringlichen Anmeldungen:**  
  
 aktuelles Arztzeugnis oder Überweisungsrapport  
 Kopie der letztgültigen Steuerveranlagung inkl. Details   
 Kopie Krankenkassenausweis

**Sofern vorhanden:** Verfügung Ergänzungsleistung   
 Verfügung Hilflosenentschädigung

Patientenverfügung (ZGB 370-373)

Vollmachtsregelung bei Urteilsunfähigkeit (ZGB 374-376)