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 🞏 \_\_\_- 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)