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)