

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

- Daueraufenthalt
- Kurzaufenthalt
- Ferien- und Entlastungsbett

Betreutes Wohnen

- ___ - Zimmerwohnung
- Garagenplatz: ja nein
- 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.

2. 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):

3. Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Früherer Beruf oder Tätigkeit: _____

Konfession: reformiert katholisch keine andere _____

Zivilstand: ledig
 verheiratet seit _____
 verwitwet seit _____
 geschieden seit _____
 eingetragene Partnerschaft seit _____

AHV-Nr.: _____

Kontoverbindung (IBAN): _____

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.: _____

E-Mail _____ Fax-Nr.: _____

Ohne Ihren ausdrücklichen Gegenbericht wird das Heim bei dringenden Anmeldungen eine Bestätigung der ambulanten Dienste (Spitex) über deren Leistungsumfang einholen.

4. Ausgleichskasse

Name/Adresse der Ausgleichskasse: _____

5. Krankenkasse (Grund- und Zusatzversicherung)

Name/Adresse der Krankenkasse: _____

Versicherungs-Nr.: _____ Karten-Nummer: _____

6.

allgemein 1/2 privat privat - _____

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

7. Haftpflichtversicherung:

Name/Adresse der Versicherung: _____

Policen-Nr.: _____

8. Angehörige / Ansprechperson

→ **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

9. Hausarzt

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

E-Mail: _____

→ **Bei dringlichen Anmeldungen bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen**

10. Finanzierung des Heimaufenthaltes

→ Bitte aktuelle Steuerveranlagung für die Staatsteuer beilegen

Die Rechnungsstellung der Heimrechnung erfolgt an:

- Bewohner Ansprechperson 1 Ansprechperson 2 Ansprechperson 3
 Treuhandbüro Beistand Via LSV (Lastschriftverfahren)

Wer verfügt über die Vollmachten zur Erledigung Ihrer administrativen und finanziellen Angelegenheiten?

- Ich selbst Ansprechperson 1 Ansprechperson 2 Ansprechperson 3
 Treuhandbüro Beistand

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen? ja nein

→ wenn ja, bitte Verfügung beilegen

Beziehen Sie bereits Hilflosenentschädigung? ja nein

→ wenn ja, bitte Verfügung beilegen

11. Gesundheitsfragen

Benötigen Sie andere Kost (Diät)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

12. 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

13. Urteilsfähigkeit / Beistandschaft

Sind Sie urteilsfähig? ja nein

Wenn nein, bitte gesetzlichen Verteter angeben

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr. P: _____ Tel.-Nr. G.: _____

E-Mail: _____ Handy: _____

Tag und Nacht kontaktieren

erst am Tag kontaktieren

14. Haben Sie einen Beistand? ja nein

→ wenn ja, bitte ein Kopie beilegen

15. Weitere Bemerkungen

16. 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)