

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: _____ Kirchgemeinde: _____

Politische Gemeinde: _____ 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

Welchen Zuschlag zum Grundpreis wünschen Sie?

Festvertrag:

- Keinen Zuschlag
- Mit Dusche im Zimmer Z1
- Vom Heim möbliert Z2
- Komfort-Zimmer Z3
- Doppelzimmer (Zwei Zimmer mit Verbindungstüre zur Einzelbelegung) Z4
- Ein Bett in der Geschützten Wohngruppe für Menschen mit Demenz; vom Heim möbliert

Übergangsvertrag (max. vier Wochen):

- Vom Heim möbliertes Ein-Bett-Zimmer, je nach Verfügbarkeit mit Dusche im Zimmer ÜV

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 Pflegeteam 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)