Anmeldung
für das AVENTIN – Leben im Alter

AVENTIN
LEBEN IM ALTER

☐ **dringend** ☐ **vorsorglich**

☐ Altersheim: ☐ Einzelzimmer

☐ Ehepaar/2 Pers.

Bevorzugter Standard: ……

☐ Pflegeabteilung
☐ Begleitetes Wohnen für Demente

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Zivilstand: .....

Bürgerort: ..... Konfession: .....

Ehem. Beruf: ..... AHV-Nr.: .....

Adresse: ..... PLZ / Wohnort: .....

Tel. Nr.: ..... Email: .....

Gegenwärtiger Aufenthaltsort: ..... Tel:.....

Kontaktperson:

Name und Adresse:

..... Tel. P: ..... G: .....

..... Natel: .....

..... Email: .....

Krankenkasse (genaue Bezeichnung und Adresse)

.....

Versicherten-Nr.: ..... Versichertenkarten-Nr.: .....

Hausarzt: ..... Tel. .....

Verschiedenes:

Wann ungefähr wünschen Sie einzutreten? ……

Vorsorgeauftrag vorhanden? ☐ Ja / ☐ Nein.....

Bei Nein, eine Vertretungsvollmacht ist obligatorisch bei einem Eintritt ins AVENTIN.

Patientenverfügung vorhanden? ☐ Ja / ☐ Nein.....

Benötigen Sie eine spezielle Kostform? ☐ Ja / ☐ Nein.....

Nehmen Sie bereits Spitex in Anspruch? ☐ Ja / ☐ Nein.....

Sonstige Bemerkungen: .....

Der / Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Heimleitung des Altersheimes, beim Hausarzt allenfalls medizinische Auskünfte einzuholen. Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt. Es wird ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, dass mit der Entgegennahme dieser Anmeldung noch keine Zusicherung für eine Aufnahme gegeben wird.

Ort und Datum ..... Unterschrift: .....