

Anmeldung Bewohner/-in

Ich melde mich an für:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Daueraufenthalt | <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> Studio für zwei Personen |
| <input type="checkbox"/> Aufenthalt in geschützter Wohngruppe/ Demenz | Gewünschter Eintrittstermin: |

Personalien

- Herr Frau

Vorname: _____ Name: _____

Strasse/ Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Dort wohnhaft seit: _____

Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

AHV-Nr.: 756. _____

Heimatort: _____ Zivilstand: _____

Konfession: _____ Muttersprache: _____

Kopie Identitätskarte oder Pass beilegen

1. Bezugsperson

Vorname: _____ Name: _____

Strasse/ Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

Bezug zum Bewohner/zur Bewohnerin: Angehöriger Beistand Beirat Vormund
Verwandtschaftsgrad: _____

Weitere Bezugsperson

Vorname: _____ Name: _____

Strasse/ Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

Bezug zum Bewohner/zur Bewohnerin: Angehöriger Beistand Beirat Vormund
Verwandtschaftsgrad: _____

Hausarzt

Vorname:	Name:
Strasse/ Nr.:	PLZ, Ort:
Telefon:	E-Mail:

Krankenkasse

Name der Krankenkasse:	
PLZ, Ort:	Mitglieder-Nr.:
Karten-Nr.:	Gültig bis:

Kopie Krankenkassenkarte beilegen / bei Eintritt Krankenkassenkarte mitbringen

Gesundheitszustand

Übertritt von:	<input type="checkbox"/> Zuhause	<input type="checkbox"/> Institution (Klinik, Spital) Name:
Medikamente:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, Medikamentenliste mitbringen.
Benötigen Sie eine Diät:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja welche:
Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Die sich durch einen Vorsorgeauftrag legitimierende Person muss dem Pflegezentrum eine Kopie der Urkunde der Erwachsenenschutzbehörde aushändigen.		Wünscht die/der Bewohner/-in dass der festgehaltene persönliche Wille umgehend umgesetzt werden kann, so übergibt er dem Pflegezentrum bei Eintritt eine Kopie.

Gesundheitszustand/ Diagnose**Benötigen Sie Hilfe**

Beim Gehen:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Beim Essen:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Bei der Körperpflege	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Beim Zimmerunterhalt:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Kostenträger

Rechnungsempfänger:	
Beziehen Sie:	Ergänzungsleistungen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> beantragt Hilflosenentschädigung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> beantragt

Für eine verbindliche Anmeldung verlangen wir einen aktuellen Betriebsregisterauszug und eine Kopie der Haftpflichtversicherung.

Der/ die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der obigen Angaben und ermächtigt das Pflegezentrum Riedbach weiterführende Auskünfte bei Ärzten und Institutionen einzuholen. Ihre Anmeldung wird von uns streng vertraulich behandelt.

Ort, Datum

Unterschrift