

Anmeldung Bewohner/-in

Ich melde mich an für:

Daueraufenthalt

Kurzaufenthalt

Einzelzimmer

Studio für zwei Personen

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:

In diesem Zusammenhang sind bei Eintritt auch das Formular «Einverständniserklärung Auskunftsvollmacht» sowie ggf. das Formular «Vertrauensperson als Rechtsvertretung» auszufüllen.

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
<small>Die sich durch einen Vorsorgeauftrag legitimierende Person muss dem Pflegezentrum eine Kopie der Urkunde der Erwachsenenschutzbehörde aushändigen.</small>		<small>Wünscht die/der Bewohner/-in dass der festgehaltene persönliche Wille umgehend umgesetzt werden kann, so übergibt er dem Pflegezentrum bei Eintritt eine Kopie.</small>

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