

# 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 hiermit gegenüber der Alters- und Gesundheitszentrum Adligenswil AG die Richtigkeit der Angaben und, dass er/sie das Einverständnis der oben angegebenen Person zur Bearbeitung ihrer/seiner Daten durch die Alters- und Gesundheitszentrum Adligenswil AG eingeholt hat.

Sie/Er ermächtigt die Alters- und Gesundheitszentrum Adligenswil AG zudem weiterführende Auskünfte bei Ärzten und Institutionen einzuholen. Für die Erfüllung der Leistungen nach der Aufenthaltsvereinbarung ist die Bearbeitung dieser Daten notwendig. Alles Weitere zu unseren Datenbearbeitungen können Sie den Allgemeinen Geschäftsbedingungen entnehmen Ihre Anmeldung wird von uns streng vertraulich behandelt.

Ort, Datum

Unterschrift