

Anmeldung zum Eintritt

Anmeldung für Warteliste

Bitte das Formular gut leserlich und vollständig ausfüllen!

Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____
PLZ/Ort: _____ Strasse: _____
Geburtsdatum: _____ Telefon-Nr.: _____
Zivilstand: _____ Konfession: _____
Heimatort: _____ AHV-Nr.: _____
Schriften deponiert in: _____ seit: _____
Heutiger Aufenthaltsort: _____ seit: _____
Name und Vorname des Ehe-/Lebenspartners: _____

Angehörige oder Kontaktpersonen

1. Bezugsperson Verwandtschaftsgrad

Name, Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Geschäft: _____
Natel: _____
E-mail _____

2. Bezugsperson Verwandtschaftsgrad

Name, Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Geschäft: _____
Natel: _____
E-Mail _____

3. Bezugsperson Verwandtschaftsgrad

Name, Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Geschäft: _____
Natel: _____
E-Mail: _____

4. Bezugsperson Verwandtschaftsgrad

Name, Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Geschäft: _____
Natel: _____
E-Mail: _____

Hausarzt

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon Nr.: _____ Fax Nr.: _____

Kranken-, Unfallversicherung (obligatorische Grundversicherung):

Krankenkasse: _____ Unfallversicherung: _____
Mitgliednummer: _____ Mitgliednummer: _____
Strasse: _____ Strasse: _____
PLZ/Ort: _____ PLZ/Ort: _____
Tel.Nr. _____
Karten Nummer _____

Finanzielles (bitte Zutreffendes mit x bezeichnen)

1. Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe (Sie sind zugleich Rechnungsempfänger)
2. Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson und ist Rechnungsempfänger:
- Name: _____
Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Geschäft: _____
Natel: _____
E-mail: _____
Bezug zu Bewerber: _____

Beziehen Sie Zusatzleistungen?

Ja Nein ist beantragt

Zuständige AHV-Ausgleichskasse: _____

Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung?

Ja Nein ist beantragt

Haben Sie bereits eine Patientenverfügung?

Ja Nein

Persönliche Wünsche

Wünschen Sie weiterhin durch Ihren Hausarzt betreut zu werden? Ja Nein

Möchten Sie einen unserer Heimärzte? Ja Nein

Bemerkungen:

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 Pflorgeteam aktiv zusammenarbeitet und bei Bedarf Hausbesuche bei Ihnen macht.

Die Heimleitung sowie der Pflegedienst sind verpflichtet, sämtliche Angaben streng vertraulich zu behandeln (s. auch Hausordnung)

Datum:

Der/die BewerberIn:

Der/die FinanzverwalterIn

.....

.....

.....

Wir verweisen darauf hin, dass über eine Aufnahme erst nach notwendigen Abklärungen entschieden werden kann und somit mit der Anmeldung keine Aufnahme zugesichert ist.

Vor einer definitiven Eintrittszusage haben folgende Unterlagen vorzuliegen:

1. medizinisch pflegerischer Überweisungsrapport so wie ein aktueller Arztbericht an die Pflegedienstleitung des Quartieraltersheim Aussersihl
2. Versicherungsausweis/Krankenkassa Karte (Police) der Krankenkasse
3. Police der Haftpflichtversicherung