Anmeldung zur Aufnahme / Personalienblatt Bewohnende

1 Anmeldung

Melden Sie sich nur dann an, wenn der Heimeintritt aufgrund der Dringlichkeit der persönlichen Situation innerhalb von zwölf Monaten erfolgen soll.

❒ Eintritt Pflegeabteilung
❒ Eintritt Wohngruppe: es liegt eine Demenzerkrankung vor und/oder die Person ist weglaufgefährdet

2 Personalien der interessierten Person / weitere Angaben

Name	**Vorname**
Geburtsdatum	Heimatort
AHV-Nr.	Zivilstand
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Telefon	Mobil
Konfession: ❒ Reformiert ❒ Katholisch ❒ Andere:	
Demenzielle Entwicklung:	❒ ja ❒ nein
Wenn ja, besteht eine ärztliche Diagnose?	❒ ja ❒ nein
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	❒ ja ❒ nein
Elektronisches Patientendossier EPD vorhanden?	❒ ja ❒ nein

Dieser Anmeldung muss zwingend **eine Kopie der Krankenkassenkarte (beide Seiten)** beigelegt werden.

Gerne erstellen wir die Kopie für Sie.

Hausarzt Name, Vorname	Ort

1. Bezugsperson (Vertrauensperson in Notfallsituationen und bei medizinischen Entscheidungen)

Name	**Vorname**
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
eMail	
Telefon	Mobil
Bezug: ❒ Ehepartner ❒ Tochter ❒ Sohn ❒ Beistand ❒ Andere:	
Benachrichtigung auch in der Nacht? ❒ ja ❒ nein	

Rechnungsempfänger

Identisch mit 1. Bezugsperson ❒ ja ❒ nein	Wenn nein, unten eintragen

Rechnungsempfänger (nur wenn nicht mit 1. Bezugsperson identisch)

Name	**Vorname**
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
eMail	

Telefon	Mobil
Bezug: ❒ Ehepartner ❒ Tochter ❒ Sohn ❒ Beistand ❒ Andere:	
Stellvertretung 1. Bezugsperson (Vertrauensperson) *Wenn ja, Benachrichtigung auch in der Nacht?*	*❒ ja* *❒ nein* *❒ ja* *❒ nein*

Weitere Bezugspersonen

Name	**Vorname**
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
eMail	
Telefon	Mobil
Bezug: ❒ Ehepartner ❒ Tochter ❒ Sohn ❒ Beistand ❒ Andere:	
Stellvertretung 1. Bezugsperson (Vertrauensperson) *Wenn ja, Benachrichtigung auch in der Nacht?*	*❒ ja* *❒ nein* *❒ ja* *❒ nein*

Weitere Bezugspersonen

Name	**Vorname**
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
eMail	
Telefon	Mobil
Bezug: ❒ Ehepartner ❒ Tochter ❒ Sohn ❒ Beistand ❒ Andere:	
Stellvertretung 1. Bezugsperson (Vertrauensperson) *Wenn ja, Benachrichtigung auch in der Nacht?*	*❒ ja* *❒ nein* *❒ ja* *❒ nein*

3 Arztzeugnis **(der Anmeldung beilegen)**

Bitte lassen Sie das Dokument vom Spital, Heim oder von Ihrem Hausarzt ausfüllen.

Für ausführliche Bemerkungen/Informationen bitte nächste Seite verwenden.

Ort, Datum

Unterschrift Interessent/-in

Ort, Datum

Unterschrift Angehörige
oder gesetzliche Vertretung

Bemerkungen /weitere Informationen