

Anmeldeformular

Anmeldung für

Wohnen mit Betreuung und Pflege

- Wohnen für Menschen mit Demenz
 Ferienzimmer
 (Wohnen für Menschen mit Demenz und Ferienzimmer im Rahmen vom Wohnen mit Betreuung und Pflege erfordern bei den bordeauxrot markierten Kästchen ein zusätzliches ankreuzen).

Wohnen mit Dienstleistungen

- Ich wünsche folgende Zusatzpakete:
 Zusatzpaket 1 (tägliches Frühstück)
 Zusatzpaket 2 (tägliches Mittagessen)
 Zusatzpaket 3 (tägliches Abendessen)
 Zusatzpaket 4 (wöchentliche Reinigung)
 Zusatzpaket 5 (Wäschebesorgung)
 Zusatzpaket 6 (Pflegebett)

Wichtiger Hinweis: Bitte melden Sie sich erst an, wenn Sie sich vorstellen könnten, in das nächste freie Zimmer bzw. die nächste freie Wohnung einzutreten.

Personalien

Vorname(n)		Geb. Datum	
Namen		Heimatort	
Strasse Nr.		Schriftenort	
PLZ, Ort		Nationalität	
Telefonnummer		Zivilstand	
Mobil		AHV-Nr.	
Krankenkasse		Konfession	
Versicherten Nr.		E-Mailadresse	
Karten Nr.		Hausarzt	

Aktueller Aufenthaltsort	
Ich beziehe aktuell Spitexleistungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefon im Zimmer / in der Wohnung erwünscht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kabelfernsehanschluss im Zimmer / in der Wohnung erwünscht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Persönliche Vertretung

Besteht eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Beistandschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Private Bezugspersonen

Beistand / Beiständin

Vorname(n)		Telefonnummer	
Namen		Mobil	
Strasse Nr.		E-Mailadresse*	
PLZ, Ort		Art des Bezuges	

Vertrauensperson / Priorität 1

Vorname(n)		Telefonnummer	
Namen		Mobil	
Strasse Nr.		E-Mailadresse*	
PLZ, Ort		Art des Bezuges	

Rechnungsempfänger			
Vorname(n)		Telefonnummer	
Namen		Mobil	
Strasse Nr.		E-Mailadresse*	
PLZ, Ort		Art des Bezuges	

Weitere Bezugspersonen (es können noch zusätzliche Personen erfasst werden, Vertrauensperson ist zwingend)			
---	--	--	--

Priorität 2			
Vorname(n)		Telefonnummer	
Namen		Mobil	
Strasse Nr.		E-Mailadresse	
PLZ, Ort		Art des Bezuges	

Priorität 3			
Vorname(n)		Telefonnummer	
Namen		Mobil	
Strasse Nr.		E-Mailadresse	
PLZ, Ort		Art des Bezuges	

Priorität 4			
Vorname(n)		Telefonnummer	
Namen		Mobil	
Strasse Nr.		E-Mailadresse	
PLZ, Ort		Art des Bezuges	

*E-Mailadresse Vertrauensperson bzw. Beistand/Beiständin und Rechnungsempfänger obligatorisch

Unterschrift	
Datum, Ort	
Unterschrift	