

Anmeldeformular

Anmeldung für: stationären Aufenthalt Kurzaufenthalt (mind. 14 Tage)
 Warteliste

Personalien Bewohner

Name: _____ Vorname: _____
 Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
 Geburtsdatum: _____ Telefon Nr.: _____
 Zivilstand: _____ Konfession: _____
 Heimatort: _____ SV-Nr.: _____
 Steuerpflichtig/angemeldet in: _____

Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)

Bezugspersonen / Angehörige / Verwandtsch.-Grad / Beistand:

 _____ Tel./Mail _____

 _____ Tel./Mail _____

 _____ Tel./Mail _____

Rechnungsadresse

Das Depot von Fr. 6'000 kann geleistet werden? Ja Nein
 Die obige Person ist urteilsfähig: Ja Nein unklar
 Die obige Person hat einen Beistand: Ja Nein
 einen Vorsorgeauftrag: Ja Nein unbekannt
 eine Patientenverfügung: Ja Nein unbekannt

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Anmeldung gemäss den Bedingungen auf Seite 3 dieser Anmeldung.

Name/Vorname Funktion

Ort/Datum Unterschrift

Weitere Ansprechpersonen / Angehörige

1. Ansprechperson/Angehörige

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad:

2. Ansprechperson/Angehörige

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad:

3. Ansprechperson/Angehörige

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad:

4. Ansprechperson/Angehörige

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad:

Zahnarzt

Augenarzt

Allgemeines

- Wurden Sie von der Spitex betreut? ja nein
- Beziehen Sie Ergänzungsleistungen (EL)? ja nein
- Beziehen Sie Hilfslosenentschädigung? ja nein
- Möchten Sie mit einem Haustier einziehen? ja nein
- Falls ja, ist die betreuende Versorgung Ihres Haustieres gesichert? ja nein
- Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten bekannt bei
- Nahrungsmitteln? ja nein
 - Medikamente? ja nein
 - Kosmetika, Staub, Pollen? ja nein
 - Tierhaare? ja nein

Persönliche Wünsche und Bemerkungen

Falls Sie rezeptfrei Medikamente einnehmen, sind diese zwingend den Pflegepersonen anzugeben.

Mit Ihrer Unterschrift auf der 1. Seite ermächtigen Sie die Geschäftsführung und die Pflegedienstleitung des Seniorenzentrums Tägerig beim Hausarzt sowie bei Spitälern medizinische Unterlagen einzufordern und entbinden auskunftsgewährende Personen oder Instanzen von der ärztlichen Schweigepflicht. Die Geschäftsführung sowie die Pflegedienstleitung sind verpflichtet, sämtliche Angaben streng vertraulich zu behandeln.