**Anmeldeformular**

Anmeldung für: **stationären Aufenthalt Kurzzeitaufenthalt** (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 2. Ansprechperson/Angehörige**

Name: Name:

Vorname: Vorname:

Strasse/Nr.: Strasse/Nr.:

PLZ/Ort: PLZ/Ort:

Tel. Privat: Tel. Privat:

Tel. Geschäft: Tel. Geschäft:

Mobile: Mobile:

E-Mail: E-Mail:

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad: Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Ansprechperson/Angehörige 4. Ansprechperson/Angehörige**

Name: Name:

Vorname: Vorname:

Strasse/Nr.: Strasse/Nr.:

PLZ/Ort: PLZ/Ort:

Tel. Privat: Tel. Privat:

Tel. Geschäft: Tel. Geschäft:

Mobile: Mobile:

E-Mail: E-Mail:

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad: 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 betreuerische 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 rezeptfreie Medikamente einnehmen, sind diese zwingend den Pflegepersonen anzugeben.

Bei einem Eintritt ins Seniorenzentrum Tägerig bleiben die Ausweisschriften (Heimatschein) in der jetzigen Wohngemeinde deponiert. Sofern Sie nicht in Tägerig wohnhaft sind, muss der Aufenthaltsausweis auf der Gemeinde Tägerig abgegeben werden.

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 auskunftsgebende Personen oder Instanzen von der ärztlichen Schweigepflicht. Die Geschäftsführung sowie die Pflegedienstleitung sind verpflichtet, sämtliche Angaben streng vertraulich zu behandeln.

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