



AUFNAHMEGESUCH

- Langzeitaufenthalt
- Kurzaufenthalt

Name, Vorname:

Mädchenname und Vorname der Mutter: Name und Vorname des Vaters:

.....

Geburtsdatum:..... Zivilstand:.....seit dem.....

Nationalität:..... Heimatort:.....

Konfession:..... Tel. Privat:.....

Adresse:

.....

Wohnsitzgemeinde:

Muttersprache:..... Andere gesprochene Sprachen:

Geburtsort:..... Wohnhaft im Kanton seit (Jahr):

AHV-Nr. : zuletzt ausgeübter Beruf:

Name und Vorname des Ehepartners:

KRANKENVERSICHERUNG

Krankenkasse:

Adresse:

Vers. Nr.:

ERGAENZUNGSLEISTUNGEN

- | | | |
|-------------------------|-------------------------------|--|
| Ergänzungsleistung: | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hilflosenentschädigung: | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> Nein |
| Falls, ja | <input type="radio"/> leichte | <input type="radio"/> mittlere <input type="radio"/> schwere |

GEGENWAERTIGE SITUATION

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| wohnt zuhause: | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> Nein |
| lebt allein: | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> Nein |
| lebt zusammen mit: |(Ehepartner, Kind, usw.) | |
| wird zuhause von der Spitex versorgt: | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> Nein |
| behandelnder Arzt: | | |

Gegenwärtiger Aufenthaltsort:

BITTE WENDEN

ADMINISTRATIVE VERTRETUNG (falls eine gibt):

Name, Vorname:

Adresse:

.....

Der administrative Vertreter ist :

ein Angehöriger, Verwandtschaftsgrad:

ein Bekannter ein Beistand der Vorsorgebeauftragte

Tel. Privat: Tel. Geschäft:

Natel: E-Mail:

PATIENTENVERFUEGUNG

Die Person hat eine Patientenverfügung erarbeitet: ja Nein

KONTAKTPERSON FUER DIE AUFNAHME

Name und Vorname der Kontaktperson für Pflege und / oder dringende Fälle:

Name und Vorname:

Adresse:

.....

Tel. Privat: Tel. Geschäft:

Natel: E-Mail:

FAMILIENMITGLIEDER UND / ODER ANDERE NAHESTEHENDE PERSONEN:

(Name, Vorname, Adresse, Telefon, Verwandtschaftsgrad)

1.....

.....

2.....

.....

3.....

.....

Wann möchten Sie ins Heim eintreten?

Vorsorgliche Anmeldung

Dringende Anmeldung

Datum:

Unterschrift:

(Antragsteller oder administrativer Vertreter)