



## Anmeldung für Aufnahme

### 1) Personalien

Name: ..... Vorname: .....  
Strasse: ..... PLZ, Ort: .....  
Telefon: ..... E-Mail: .....  
Geburtsdatum: ..... Zivilstand: .....  
Geschlecht:  männlich  weiblich Ausbildung: .....  
Konfession: ..... Beruf: .....  
Heimatort: ..... Nationalität: .....  
Gesetzlicher Wohnort: ..... AHV Nr. ....  
Aufenthalts-/Niederlassungsbewilligung: .....  
Pass/ID Nr.: .....  Kopie ID/Pass/Ausländerausweis  
Krankenkasse: ..... Karten Nr.: .....  
Versicherten Nr.: ..... Gültig bis: .....  
 Kopie Krankenkassenkarte  
Bisherige Wohnsituation: .....

### 2) Gesundheitszustand

Überweisungsrapport mit Diagnose und aktuelle Medikation beilegen oder nachsenden

Arzt / Klinik: ..... Strasse: .....  
PLZ, Ort: ..... Telefon: .....

### 3) Garantie für die Sicherstellung der Pensionskosten

Gesetzliche Vertretung  Selbstverantwortlich

Kontaktangaben der gesetzlichen Vertretung:

Name: ..... Vorname: .....  
Strasse: ..... PLZ, Ort: .....  
Telefon: ..... E-Mail: .....

Art der Beistandschaft:

Umfassende Beistandschaft  Mitwirkungsbeistandschaft  
 Vertretungsbeistandschaft  Begleitbeistandschaft  
 Vermögensverwaltung  keine Beistandschaft

Bitte eine Ernennungsurkunde beilegen.

Bei einer fürsorglichen Unterbringung ist eine Kopie des KESB Entscheids beizulegen



**4) Kontaktperson / Angehörige**

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung: .....

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung: .....

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

**5) Diverses**

Vorsorgeauftrag vorhanden:  nein  ja (Kopie beilegen)

Patientenverfügung vorhanden:  nein  ja (Kopie beilegen)

Elektronisches Patientendossier/EPD:  nein  ja

**6) Zimmerkategorie**

- Einzelzimmer  Zweierzimmer
- Einzelzimmer mit Dusche und WC  Zweierzimmer mit Dusche und WC

**7) Interne Angaben (dieser Bereich ist von der Leitung Pflege auszufüllen)**

Pat-Nr.: ..... Haus: .....

Zimmer-Nr.: ..... Stockwerk: .....

zuständiger Arzt: ..... einweisende Stelle: .....

Eintrittsdatum: ..... Zeit: .....

**8) Wünsche / Bemerkungen**

.....

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Heimleitung, beim zuweisenden Arzt/Ärztin allenfalls medizinische Auskünfte einzuholen. Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt. Es wird ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, dass mit der Entgegennahme dieser Anmeldung noch keine definitive Zusicherung für eine Aufnahme abgegeben wird.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Bewohner

.....  
Unterschrift/Stempel Vertretung