

Anmeldeformular

1. Personalien und allgemeine Angaben

Familiennamen		Vorname		AHV-Nummer	
Lediger Name bei Frauen:		Geburtsdatum:		Geburtsort Kanton	
Zivilstand <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ledig verheiratet geschieden verwitwet		Konfession <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> reformiert röm-kath. andere		Heimatort Kanton	
Name und Vorname des Ehepartners					

Wohnadresse	
PLZ, Wohnort	Telefon

2. Ärztliche Betreuung

Name des Hausarztes	
Adresse	
PLZ, Ort	Telefon

3. Krankenversicherung

Krankenkasse	Agentur
Adresse	Vers.-Nr.
PLZ, Ort	Telefon

4. Biographie und soziales Umfeld

4.1. Wohnsituation (zutreffendes ankreuzen)

Eigenes Haus	<input type="checkbox"/>	Selbständiger Haushalt	<input type="checkbox"/>	Schwierige Treppe	<input type="checkbox"/>
Mietwohnung	<input type="checkbox"/>	Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/>	Schlecht beheizbar	<input type="checkbox"/>
Bei Angehörige	<input type="checkbox"/>	Kein eigener Haushalt	<input type="checkbox"/>		

4.2. Frühere berufliche Tätigkeit (bei Hausfrauen Beruf des Ehegatten)

5. Gesundheitszustand und Pflegeabhängigkeit (Zutreffendes ankreuzen)

- Volle Selbständigkeit; nicht auf Pflegeleistungen angewiesen
- Angewiesen auf einzelne Hilfeleistungen (z.B. Aufstehen, Körperpflege, Haushalt)
- Auf umfassende, tägliche Hilfeleistungen angewiesen
- Dauernde Pflegeleistungen, Tag und Nacht erforderlich

5.1. Benützen Sie SPITEX- Dienstleistungen? Wenn ja, welche?

- Hauspflege Mahlzeitendienst Gemeindekrankenpflege

6. Gewünschter Eintrittstermin (Zutreffendes ankreuzen)

- Eine Aufnahme ist sehr dringlich; Heimeintritt so bald wie möglich
- Ich möchte innerhalb der nächsten 12 Monate ins Seniorenzentrum eintreten
- Vorsorgliche Anmeldung für späteren Eintritt

6.1. Sind Sie noch in einem anderen Alters- oder Pflegeheim angemeldet? Wenn ja, wo?

Name der Institution

7. Adressen von Angehörigen und weiteren Bezugspersonen

Name Vorname
Adresse Verwandtschaftsgrad
PLZ, Ort Tel.-Nr.

Name Vorname
Adresse..... Verwandtschaftsgrad
PLZ, Ort Tel.-Nr.

Name Vorname
Adresse Verwandtschaftsgrad
PLZ, Ort Tel.-Nr.

Ich/wir haben vom Heimreglement und der Tarifordnung des Seniorenzentrums Schüpfen Kenntnis genommen und erklären uns im Falle einer Aufnahme damit einverstanden.

Unterschrift des Bewerbers/der Bewerberin

Ort und Datum

Das Anmeldeformular ist zusammen mit dem ärztlichen Zeugnis an das Seniorenzentrum Schüpfen, Sägestrasse 10, 3054 Schüpfen zu senden.