

ANMELDEFORMULAR

Wir bitten Sie das Formular vollständig auszufüllen.

Ich bewerbe mich für:

- eine Mietwohnung mit Dienstleistungen im Haus Lärche
- ein Zimmer im Lebensraum für Menschen mit Demenz
- ein Zimmer im Lebensraum für Menschen mit Pflegebedarf
- Meine Aufnahme ist **dringend**
- Meine Anmeldung ist **vorsorglich** (Warteliste)

Der Lebensraum Gartenhof führt eine Warteliste. Die Aufnahme erfolgt in der Reihenfolge der Anmeldung.

Vorsorglich angemeldete Personen melden sich bitte wieder, sobald ihre Aufnahme aktuell wird.

Personalien	Interessent/in	Ehepartner/in
Name und lediger Name		
Vorname		
aktuelle Adresse		
PLZ/Ort		
Geburtsdatum		
AHV-Nr.	756.	756.
Zivilstand		
Heimat-/Bürgerort/Kanton		
Nationalität		
Herkunftsort, letzter Wohnort (gesetzlicher Wohnsitz: Gemeinde/Ort, in dem der Heimatschein deponiert ist)		
Telefon-Nr.		
Mobiltelefon		
E-Mailadresse		
Konfession		
ehemaliger Beruf		

ANMELDEFORMULAR

Muttersprache		
In der Gemeinde Steinach seit		
gegenwärtiger Aufenthaltsort		
Post- / Bankverbindung /IBAN		

Adresse von Angehörigen			
1. Bezugsperson Vertretungsberechtigte Person <i>Primäre Ansprechperson für alltägliche Belange und Fragen der Pflege und Betreuung. Sie erhält regelmässig Informationen über Anlässe und Ereignisse.</i> <i>Sie informieren bitte weitere Familienangehörige und Freunde.</i>		Weitere Personen Vertretungsberechtigte Person, Priorität 2	
Name/Vorname		Name/Vorname	
Adresse		Adresse	
PLZ/Ort		PLZ/Ort	
Telefon-Nr. Privat		Telefon-Nr. Privat	
Telefon-Nr. Geschäft		Telefon-Nr. Geschäft	
Mobiltelefon		Mobiltelefon	
E-Mailadresse		E-Mailadresse	
Verwandtschaftsgrad		Verwandtschaftsgrad	

Weitere Personen		Weitere Personen	
Name/Vorname		Name/Vorname	
Adresse		Adresse	
PLZ/Ort		PLZ/Ort	
Telefon-Nr. Privat		Telefon-Nr. Privat	

ANMELDEFORMULAR

Telefon-Nr. Geschäft		Telefon-Nr. Geschäft	
Mobiltelefon		Mobiltelefon	
E-Mailadresse		E-Mailadresse	
Verwandtschaftsgrad		Verwandtschaftsgrad	
<p>Weitere Kontaktpersonen Gerne können Sie uns für besondere Situationen auch weitere Bezugspersonen mitteilen, die wir in unsere Adressliste aufnehmen und der jeweiligen Fachperson zur Kenntnisnahme weiterleiten. Wenn Sie wünschen, dass weitere Personen/Kontaktdaten erfasst werden, bitten wir Sie uns diese Adressen mittels einer Beilage mitzuteilen.</p>			
Finanzielles			
<p>1. <input type="checkbox"/> Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe. Sie sind zugleich Korrespondenz- und Rechnungsempfänger</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson (gemäss Vorsorgeauftrag) für Sie</p> <p style="text-align: center;">Name/Vorname: _____</p>			
Diese Person ist Rechnungsempfänger			
Adresse			
PLZ/Ort			
Telefon-Nr.			
Mobiltelefon			
E-Mailadresse			
Beziehen Sie eine Ergänzungsleistung zur AHV-Rente?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

ANMELDEFORMULAR

Krankenkasse			
Adresse		PLZ/Ort	
Mitglied Nr.: oder Policen Nr.:		<input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Privat	
Versicherungskarten- Nr.:			
Hausarztmodell	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Zusatzversicherung		Mitglied Nr.: oder Policen Nr.:	
Hausarzt:			
Adresse		PLZ/Ort	
Augenarzt:			
Adresse		PLZ/Ort	

Wie selbständig können Sie heute die täglich notwendigen Verrichtungen ausführen?	
<input type="checkbox"/> sehr selbständig	<input type="checkbox"/> angewiesen auf Betreuung und Pflege
<input type="checkbox"/> täglich kleinere Hilfe erforderlich	<input type="checkbox"/> angewiesen auf Haushalthilfe
Werden Sie zurzeit von einer Spitexorganisation betreut? Wenn ja von durch welche Organisation?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Benötigen Sie eine vom Arzt verordnete Diät? Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein Haustier, das Sie gerne mitnehmen möchten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Was für ein Haustier besitzen Sie?	
Haben Sie ein Auto?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

ANMELDEFORMULAR

Brauchen Sie einen Parkplatz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Angaben zum Eintritt		
gewünschter Eintrittstermin:		
Persönliche Mitteilungen:		

Bei einer Anmeldung mit Dringlichkeitsstufe legen Sie folgende Dokumente bei:

- Aktuelles Arzteugnis (obligatorisch)
- Kopie Ihrer Patientenverfügung (obligatorisch) / Formulare können bei uns bezogen werden)
- Kopie des Vorsorgeauftrages / Vollmacht /
- Ernennungsurkunde Beistandschaft
- Kopie der Versicherungskarte (Vorder- und Rückseite) Ihrer Krankenkasse und evtl. Zusatzversicherungskarte
- Bescheinigung des Betreibungsamtes
- Kopie Ihrer Haftpflichtversicherung
- Wohnsitzbescheinigung

ANMELDEFORMULAR

Der/Die Unterzeichnende/n

- bestätigen die Richtigkeit der vorstehenden Angaben
- ermächtigen die Hausleitung, beim Hausarzt medizinische Auskünfte einzuholen
- entbinden den Arzt von der Schweigepflicht gegenüber der Hausleitung und der Leitung Betreuung und Pflege
- anerkennen die geltenden Tarife und das Heimreglement

Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt.

Beachten Sie, dass die Entgegennahme dieser Anmeldung die Aufnahme noch nicht zusichert.

Ort / Datum

Unterschrift

Unterschrift Ehepartner/in

Die Anmeldung senden Sie bitte an:

Lebensraum Gartenhof
Hausleitung
Gallusstrasse 6
9323 Steinach

info@gartenhof-steinach.ch

