

Anmeldung

Eingang

Name Vorname

Strasse Telefon

Wohnort Zivilstand

Geburtsdatum Heimatort

Konfession AHV – Nr.

gesetzlicher Wohnsitz

aktueller Aufenthaltsort

Adressen von Angehörigen und / oder weiteren Vertrauenspersonen

1. Kontaktperson

2. Kontaktperson

Name Name

Vorname Vorname

Strasse / Nr. Strasse / Nr.

PLZ / Ort PLZ / Ort

Telefon Telefon

Natel Natel

E-Mail E-Mail

Kontaktgrad Kontaktgrad

Anmeldung

vorsorglich *Bei einer vorsorglichen Anmeldung ist lediglich die 1. Seite auszufüllen. Mit dieser Anmeldung erhalten Sie künftig regelmässig die Ischimatt-Zytig und werden erst für einen Heimeintritt angefragt, wenn keine dringlichen Anmeldungen vorhanden sind.*

dringlich *Bei einer dringlichen Anmeldung sind auch die Seiten 2 und 3 vollständig auszufüllen, damit bei einem möglichen Eintritt die wesentlichen Informationen bereits verfügbar sind und die Aufnahme innert weniger Tage möglich ist.*

Sollte die Anmeldung infolge Todesfalls oder Unterbringung in ein anderes Heim hinfällig werden, dann bitten wir Sie uns dies zu melden.

Datum Unterschrift

Anmeldung einsenden an Alters- und Pflegeheim Ischimatt, Ischimattstrasse 7, 4513 Langendorf

Bitte beantworten Sie folgende Fragen bei dringlicher Anmeldung oder spätestens bei definitivem Eintritt. So können wir den Heimeintritt optimal vorbereiten, offene Punkte rechtzeitig klären, sowie den Empfehlungen aus dem Erwachsenenschutzrecht Rechnung tragen.

- | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| Ich bin krankenversichert | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich bin unfallversichert | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich habe einen bestimmten Hausarzt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich bin COVID geimpft | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich habe eine Diät/ Kostform | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich habe eine Unverträglichkeit auf bestimmte Speisen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind vertretungsberechtigte Personen bestimmt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Besteht ein Vorsorgeauftrag? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Besteht eine Patientenverfügung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Beziehen Sie Ergänzungsleistungen (EL)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> .Nein |
| Werden meine finanziellen Aufgaben von einer anderen Person erledigt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist ein Telefonanschluss im Zimmer erwünscht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Soll Ihr Fernseher im Zimmer angeschlossen werden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Ihre Kleider mit Ihrem Namen gekennzeichnet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Soll Ihre persönliche Briefpost an eine Drittperson weitergeleitet werden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie eine Zeitung abonniert? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Für die Fragen, die mit „Ja“ beantwortet worden sind, empfehlen wir die Übergabe einer Kopie der entsprechenden Unterlagen. Bitte füllen Sie die Adressfelder auf Seite 3 aus.

Weitere Bemerkungen

.....

.....

.....

Krankenversicherung

Versichert gegen Krankheit bei
Mitglied – Nr.
Versichert gegen Unfall bei
Mitglied – Nr.
Zusatzversicherung bei

Adresse des Hausarztes

Name / Vorname
Strasse / Nr.
PLZ / Ort
Telefon

Kurz vor Eintritt bitte einen Arztbericht einreichen.

Heimrechnung geht an

Name / Vorname.....
Strasse / Nr.
PLZ / Ort
Telefon

Briefpost weiterleiten an

Name / Vorname.....
Strasse / Nr.
PLZ / Ort
Telefon

Die/Der Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Heimleitung, beim Hausarzt und den anderen aufgeführten Institutionen nach Bedarf weitere Auskünfte einzuholen.

Datum Unterschrift (für Seite 2 und 3)

Anmeldung einsenden an Alters- und Pflegeheim Ischimatt, Ischimattstrasse 7, 4513 Langendorf