

Formular Anmeldung

Grund der Anmeldung

Daueraufenthalt:

Kurzaufenthalt: (bis 90 Tage möglich) Ferien Entlastung schnuppern

Anmeldung ist: dringend vorsorglich gewünshtes Datum: _____

Personalien der/des zukünftigen Bewohnenden:

Name: _____ Vorname: _____

Lediger Name: _____ Adresse: _____

PLZ/Ort: _____ Zivilstand: _____

Geburtsdatum: _____ AHV-Nr.: _____

Heimatort: _____ Konfession: _____

Geburtsort: _____

Krankenkasse Grundversicherung: _____

Versichertenkarten-Nr. (20-stellig) _____

Krankenkasse Zusatzversicherung: _____

Versichertenkarten-Nr. (20-stellig) _____

Vorname Mutter: _____ Vorname Vater: _____

Lediger Name: _____

Bitte bei Eintritt mitbringen:

- Versicherungskarte(n)

Angehörige / wichtige Bezugspersonen:

(*VG = Verwandtschaftsgrad)

Name/Vorname: _____ *VG: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Tel./Natel: _____ E-Mail: _____

Name/Vorname: _____ *VG: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Tel./Natel: _____ E-Mail: _____

zur Person:

erlernter Beruf / spätere Tätigkeiten: _____

Interessen / Hobbys: _____

bisheriger Aufenthalt: _____

Wissenswertes: _____

Hausärztin/-arzt (Adresse): _____

Tel.-Nr. Hausärztin/-arzt: _____

Finanzielles:

Zuständig für finanzielle Angelegenheiten (**Rechnungsadresse**):

Bewohnende/r selbst Kontaktperson Beiständin/Beistand (Kopie Verfügung beilegen)

Personalien zuständige Kontaktperson / Beiständin/Beistand:

Name/Vorname: _____ *VG: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Tel./Natel: _____ E-Mail: _____

Hiermit bestätigt obengenannte Person, dass die Verantwortung für die finanziellen Verpflichtungen gegenüber dem Betrieb übernommen wird:

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Ergänzungsleistung: Ja (Kopie Verfügung mitbringen) Nein
Hilflosenentschädigung: Ja (Kopie Verfügung mitbringen) Nein
Patientenverfügung: Ja (bitte Kopie mitbringen) Nein erwünscht
Elektronisches Patienten-
dossier EPD Ja (bitte mitbringen) Nein

Arztbetreuung: Ich wünsche vom Heimarzt betreut zu werden und melde mich bei meinem Hausarzt ab. ja nein

Bitte beachten Sie, dass wir bei jeder Anmeldung auf ein ärztliches Zeugnis angewiesen sind und wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie dieses zu dieser Anmeldung beilegen.

Sie ermöglichen uns damit, ein passendes und Ihren Bedürfnissen entsprechendes Zimmer zu organisieren. Besten Dank für Ihre Bemühungen und das Verständnis.

Bemerkungen:

Diese Anmeldung wurde ausgefüllt durch:

Name/Vorname: _____ Tel./Natel: _____

Verhältnis zur an-
zumeldenden Per-
son: _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

Der Einzug in das Wohn- und Pflegeheim Utzigen erfolgt nach Dringlichkeit. Es ist deshalb sinnvoll, nach der Anmeldung miteinander im Gespräch zu bleiben.

Sehr gerne laden wir Sie zu einer Betriebsbesichtigung ein.

Der Fachbereich Sozialberatung des Wohn- und Pflegeheims Utzigen, Tel. 031 838 21 14

Lebenslauf (fakultativ)

Kindheit / Familie / Geschwister (welche Geschwister leben heute noch?)

Lebensabschnitte (wie und wo aufgewachsen)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wo und wie verbrachte er/sie die letzte Zeit?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Besuchte Schulen / Ausbildung

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Beruf / Arbeitsplätze / spätere Tätigkeiten

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Bezugsperson/en / hat noch Kontakt mit

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Spezielle Fähigkeiten

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Freizeitbeschäftigung / Hobby

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wissenswertes zur Art / Charakterzüge

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
