

Formular Anmeldung

Grund der Anmeldung

Daueraufenthalt:

Kurzaufenthalt: (bis 90 Tage möglich) Befristet von: _____ bis _____

Anmeldung ist: dringend Gewünschtes Datum: vorsorglich

Angaben Interessent:in

Anrede: _____

Name: _____ Vorname: _____

Lediger Name: _____ Adresse: _____

PLZ/Ort: _____ Tel./Natel: _____

E-Mail: _____ Zivilstand: _____

Geburtsdatum: _____ AHV-Nr.: 756. _____

Heimatort: _____ Konfession: _____

Geburtsort: _____

Gesetzlicher Wohnsitz (Wo sind die Papiere hinterlegt): _____

Persönliche Angaben Interessent:in

erlernter Beruf/spätere Tätigkeiten: _____

Interessen/Hobbys: _____

bisheriger Aufenthalt: _____

Wissenswertes: _____

Hausarzt/Hausärztin

Anrede: _____

Name/Vorname: _____

Zusatz: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Natel: _____

E-Mail: _____

Arztbetreuung:

Ich wünsche vom Heimarzt betreut zu
werden und melde mich bei meinem
Hausarzt ab.

ja

nein

Angehörige/1. Ansprechperson

(*Bzg. = Beziehungsgrad)

Anrede: _____

Name/Vorname: _____

* Bzg: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Natel: _____

E-Mail: _____

Angehörige/weitere Ansprechperson

(*Bzg. = Beziehungsgrad)

Anrede: _____

Name/Vorname: _____

*Bzg.: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Natel: _____

E-Mail: _____

Angehörige/weitere Ansprechperson

(*Bzg. = Beziehungsgrad)

Anrede: _____

Name/Vorname: _____

*Bzg.: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Natel: _____

E-Mail: _____

Gesetzliche Vertretung (wenn vorhanden)

(*Bzg. = Beziehungsgrad)

Privatperson

Beiständin/Beistand

Anrede: _____

Name/Vorname: _____

*Bzg.: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Natel: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse

Krankenkasse Grundversicherung

Versichertenkarten-Nr. (20-stellig): 807560

Versichertennummer: _____

Zusatzversicherung:

Versichertenkarten-Nr. (20-stellig): 807560

Versichertennummer: _____

Rechnungsadresse

(*Bzg. = Beziehungsgrad)

Bewohnende/r selbst

Kontaktperson

Beiständin/Beistand (Kopie Verfügung beilegen)

Anrede: _____

Name/Vorname: _____

*Bzg.: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Natel: _____

E-Mail: _____

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

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

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

Bitte beachten Sie, dass wir bei jeder Anmeldung auf ein ärztliches Zeugnis angewiesen sind. Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie dieses der 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:

Anrede: _____

Name/Vorname: _____ Tel./Natel: _____

Beziehungsgrad: _____

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.

Haben Sie Fragen sind wir gerne für Sie da:

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

Biografie

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.
