



<input type="checkbox"/> Eintritt in KB Geriatrie <input type="checkbox"/> Eintritt in KB Demenz <i>KB = Kompetenzbereich</i>	<input type="checkbox"/> Eintritt dringend <input type="checkbox"/> Vorsorgeanmeldung	<i>wird vom Heim ausgefüllt</i> Eingang _____ Eintritt _____ ZimmerNr. _____
---	--	---

Wohnformen

KB Geriatrie

- Einzelzimmer
- Doppelzimmer (kein Ehepaarzimmer)
- Entlastungszimmer (Reservation auf Anfrage)

KB Demenz

- Einzelzimmer
- Doppelzimmer Standard
- Tagesgast (Reservation auf Anfrage)

Persönliche Angaben

Familienname _____
 Vorname _____
 Zivilstand _____
 Heimatort _____

Lediger Name _____
 Geburtsdatum _____
 Konfession _____
 SVA-Nr. 756.

Gegenwärtiger Aufenthaltsort / Institution

Institution _____
 Strasse/Nr. _____
 PLZ/Ort _____

Telefon _____
 Natel _____
 E-mail _____

Zivilrechtliche Wohnsitzadresse (Schriften)

Strasse/Nr. _____
 PLZ/Ort _____
 E-Mail _____

Telefon _____
 Natel _____

Versicherungen & Arzt

Krankenkasse

Gesellschaft _____
 Strasse/Nr. _____

Vers.-Nr. _____
 PLZ/Ort _____

Unfallversicherung nach Invalidenversicherungsgesetz (IVG)

Gesellschaft _____
 Strasse/Nr. _____

Vers.-Nr. _____
 PLZ/Ort _____

Hausarzt

Name _____
 PLZ/Ort _____

Strasse/Nr. _____



Finanzen

Rechnungsempfänger

Rechnung an Bewohnerin / Bewohner Ja Nein

Wenn nein, bitte ausfüllen:

Verw.grad	_____	Beistand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon P	_____	Telefon G	_____
Natel	_____	E-Mail	_____

Beziehen Sie Ergänzungsleistung? Ja Nein

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? Ja Nein

Kontaktpersonen

(Bitte Verwandtschaftsgrad ausfüllen, z.B. Sohn/Tochter/Enkel/Beistand etc.)

Erste Ansprech- & Vertrauensperson

Verw.grad	_____	Name	_____
Vorname	_____	Telefon G	_____
Strasse/Nr.	_____	Telefon P	_____
PLZ/Ort	_____	Natel	_____
E-Mail	_____	Erreichbarkeit	<input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/> Immer

Weitere Angehörige/Bezugspersonen

Verw.grad	_____	Name	_____
Vorname	_____	Telefon G	_____
Strasse/Nr.	_____	Telefon P	_____
PLZ/Ort	_____	Natel	_____
E-Mail	_____	Erreichbarkeit	<input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/> Immer

Verw.grad	_____	Name	_____
Vorname	_____	Telefon G	_____
Strasse/Nr.	_____	Telefon P	_____
PLZ/Ort	_____	Natel	_____
E-Mail	_____	Erreichbarkeit	<input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/> Immer



Allgemeine Fragen

- Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden? Ja Nein
Ist eine Patientenverfügung vorhanden? Ja Nein
Sind Sie Mitglied einer Sterbehilfeorganisation Ja Nein

Hilfsmittel im Alltag

- Rollstuhl Rollator Gehstock Brille Hörgerät

Aufnahme ins Alters- und Pflegeheim Schenkenbergertal

Bei der Anmeldung „Eintritt dringend“ benötigen wir ein Arzteugnis. Wir bitten Sie, das beiliegende Formular von Ihrem Hausarzt ausfüllen zu lassen. Besten Dank.

Der Antragsteller für die Aufnahme ins Alters- und Pflegeheim Schenkenbergertal erklärt sich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Heimleitung oder die Leitung Pflege Auskünfte betreffend seinem allgemeinen Gesundheitszustand und der vorhandenen Pflegebedürftigkeit bei Ärzten, Spitälern und allenfalls Spitex einholen darf. Diese erhaltenen Auskünfte obliegen bei der Heimleitung und Leitung Pflege der Schweigepflicht.

Mit der Unterschrift bestätigen die/der Unterzeichnete, unsere Taxordnung sowie das Dokument „Infos zum Heimeintritt“ gelesen und anerkannt zu haben.

Ort / Datum

Unterschrift Bewohnerin od. Bewohner/Vertretung
