



AUFNAHMEFORMULAR

Ihre Anmeldedaten

Vorsorgliche Anmeldung

Wir bitten Sie, mit der Leitung Pflege und Betreuung Kontakt aufzunehmen, sobald ein definitiver Eintritt bevorsteht: Tel. 041 818 58 60.

Verbindliche Anmeldung

Wir bitten Sie, die Leitung Pflege und Betreuung zu kontaktieren: Tel. 041 818 58 60.

Name:

Vorname:

Wohnadresse:

Letzter gesetzlicher Wohnsitz
vor Heimeintritt:

Telefon-Nr.:

Nationalität:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Heimatort:

Konfession:

Zivilstand:

früherer Beruf:

AHV-Nr.:

Hausarzt:

Übertritt von:

Krankenkasse/Versichertennummer:

Bitte legen Sie eine Kopie der Krankenversicherungskarte (Vorder- und Rückseite) bei.

Persönliche Verhältnisse

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? | <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 |
| Sind Sie verbeiständet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Falls ja, Name Beistand: _____

Einrichtung und Möblierung Zimmer

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Bringen Sie eigene Möbel mit? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wünschen Sie einen Telefonanschluss? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wünschen Sie einen Fernsehanschluss? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Möchten Sie ein TV-Gerät bei uns mieten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Muss Ihre Kleidung beschriftet werden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Möchten Sie defekte Kleidung bei uns reparieren lassen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wünschen Sie einen Briefkasten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wünschen Sie ein eigenes Wlan-Konto? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

(Kosten für sämtliche Dienstleitungen siehe Tarifordnung)

Kontaktperson für das Alterszentrum Rubiswil

Die hier genannte Person ist die Ansprech- und Kontaktperson für das Alterszentrum Rubiswil im Bereich Pflege und Administration. Nach der Anmeldung können weitere Bezugspersonen erfasst werden.

Name: _____ **Vorname:** _____

Strasse: _____ **PLZ/Ort:** _____

Tel. Privat: _____ **Natel:** _____

Tel. Geschäft: _____ **E-Mail:** _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Bemerkungen:

Ort/Datum: _____ **Unterschrift:** _____