

(wird durch das Pflegewohnheim Föhrengarten ausgefüllt)

Einzug	Datum	Zeit
Zimmer-Nr.		Etage

ANMELDUNG

WOHNFORM

<input type="checkbox"/>	Langzeitaufenthalt	<input type="checkbox"/>	Einzelzimmer	<input type="checkbox"/>	Doppelzimmer
<input type="checkbox"/>	Kurzzeitaufenthalt (Dauer mind. 14 Tage)	von		bis	

GEPLANTES EINZUGSDATUM

<input type="checkbox"/>	Dringlich / ab	<input type="checkbox"/>	Vorsorglich ab ca.
--------------------------	----------------------	--------------------------	-------------------------

PERSONALIEN BEWOHNERIN / BEWOHNER

Name		Lediger Name	
Vorname		Beruf	
Geburtsdatum		Konfession	
Zivilstand		AHV-Nummer	
Heimatort		Geburtsort	

ZIVILRECHTLICHER WOHNSITZ (Schriftenort vor dem Einzug ins Pflegewohnheim Föhrengarten)

Strasse / Nr.		Telefon	
PLZ / Ort		Mobile	
E-Mail			

GEGENWÄRTIGER AUFENTHALTSORT / wenn nicht zu Hause

(Klinik, Spital, REHA-Klinik, Kurhaus, anderes Heim, Angehörige etc.)

Institution		E-Mail	
Strasse / Nr.		Telefon	
PLZ / Ort		Mobile	

ARZT WÄHREND HEIMAUFWENTHALT

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

KLEIDERBESCHRIFTUNG (obligatorisch)

<input type="checkbox"/>	Patch-Etiketten nach Bedarf – Kosten siehe Taxordnung	<input type="checkbox"/>	Kleider sind schon beschriftet
--------------------------	----------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------------

ANGEHÖRIGE / BEZUGSPERSONEN / VERTRETUNG / BEISTAND

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

1. ANSPRECHPERSON / VERTRAUENSPERSON

(wird als Adresse für Anfragen, Informationen und Einladungen verwendet)

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung			
Name		E-Mail	
Vorname		Tel. privat	
Strasse / Nr.		Tel. Geschäft	
PLZ / Ort		Mobile	

2. VERTRETUNG / BEISTAND

Vertretende Person gemäss Vorsorgeauftrag Beistand

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung			
Name		E-Mail	
Vorname		Tel. privat	
Strasse / Nr.		Tel. Geschäft	
PLZ / Ort		Mobile	

3. WEITERE ANGEHÖRIGE / BEZUGSPERSONEN

1) Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung

Name		E-Mail	
Vorname		Tel. privat	
Strasse / Nr.		Tel. Geschäft	
PLZ / Ort		Mobile	

2) Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung

Name		E-Mail	
Vorname		Tel. privat	
Strasse / Nr.		Tel. Geschäft	
PLZ / Ort		Mobile	

DOKUMENTE

Vorsorgeauftrag (wenn ja, Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Patientenverfügung (wenn ja, Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Beistandschaft (wenn ja, Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja	Krankenkasse (Kopie Leistungsausweis beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja

DIVERSES

EL-Verfügung vorhanden (wenn ja, Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Bezüger HE (Hilflosenentschädigung)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
EL-Antrag gestellt (wenn ja, Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja	Bezüger IV (Invalidenversicherung)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein

VERSICHERUNGEN

KRANKENKASSE

Gesellschaft	Telefon
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Vers.-Nummer	
<input type="checkbox"/> Allgemeine Versicherung <input type="checkbox"/> Halbprivatversicherung <input type="checkbox"/> Privatversicherung	

UNFALLVERSICHERUNG nach Invalidenversicherungsgesetz (IVG)

Gesellschaft	Telefon
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Vers.-Nummer	

RECHNUNGSEMPFÄNGER

Nimmt der/die BewohnerIn die Rechnung selber entgegen? Ja Nein

WENN NEIN — die Rechnung an folgende Adresse senden:

<input type="checkbox"/> Vertretende Person gem. Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> Beistand
<input type="checkbox"/> Ansprechperson/Vertrauensperson	<input type="checkbox"/> Angehörige Nr. 1 / <input type="checkbox"/> Angehörige Nr. 2

Bemerkungen

Ort: _____ Datum: _____

Bewohnerin / Bewohner

Vertretung