

Heimanmeldung

Alters- und Pflegeheim Schloss Eppishausen

Schlossstr. 4b | CH-8586 Erlen | Tel 071 648 12 12 | Fax 071 648 16 35
E-Mail info@aph-eppishausen.ch | www.aph-eppishausen.ch

Allgemeine Hinweise

Ehepaare füllen pro Person je ein eigenes Anmeldeformular aus.

Mit der Entgegennahme dieser Anmeldung durch das Heim ist die Aufnahme noch nicht zugesichert. Über die Aufnahme entscheidet die Heimleitung, gegebenenfalls nach Rücksprache mit der Betriebskommission.

Nach Erhalt der Anmeldung wird sich die Heimleitung mit den angemeldeten Personen bzw. deren Vertretung in Verbindung setzen, um Einzelheiten im Zusammenhang mit einem möglichen Heimeintritt zu besprechen.

Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt.

Anmeldung

- | | | |
|---------------------------|---|--|
| Ich melde mich an für: | <input type="checkbox"/> Alters-/Pflegeheim | <input type="checkbox"/> Geschützte Wohngruppe |
| Ich möchte: | <input type="checkbox"/> Einerzimmer | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer |
| Meine Anmeldung ist: | <input type="checkbox"/> definitiv | <input type="checkbox"/> vorsorglich |
| Gewünschter Heimeintritt: | <input type="checkbox"/> sofort | <input type="checkbox"/> per |

Personalien

Name	Vorname
Ledigenname	Geburtsdatum
Strasse Nr.	PLZ / Wohnort
Telefon	Zivilstand
Bürgerort	Konfession
AHV-Nr.	Beruf
Wohnsitz in der Gemeinde Erlen seit	

Krankenkasse

Name Mitglied-Nr.

Adresse

Hausarzt

Name / Vorname Adresse

Telefon E-Mail

Ehepartner / Lebenspartner

Name / Vorname Adresse

Telefon E-Mail

Angehörige – Erste Kontaktperson (wenn nicht Ehepartner / Lebenspartner)

Name / Vorname Adresse

Telefon E-Mail

Vertretung

Name / Vorname Adresse

Telefon E-Mail

Aktuelle Wohnung

- im eigenen Haus bei Angehörigen im Spital
 in Mietwohnung im Heim andere:

Aktuelle Betreuung

- durch Angehörige durch Spital andere:
 durch Spitem durch Heim

Fragen zu Gesundheit und Ernährung

Krankheiten / Gebrechen

Allergien

Verschiedene Fragen

	Ja	Nein
Besteht eine Beistandschaft (im Sinne von Art. 390 ff. ZGB)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, was für eine?		
Haben Sie einen Vorsorgeauftrag errichtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Patientenverfügung errichtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie pflegebedürftig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie Hilfsmittel zur Fortbewegung (Rollator, Rollstuhl)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wünschen Sie einen eigenen Telefonanschluss (Festnetz) im Zimmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bringen Sie einen Fernsehapparat mit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Mitteilungen

Erklärungen

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ich entbinde Ärzte und ihre Hilfspersonen von der Wahrung des Berufsgeheimnisses und ermächtige sie, der Heimleitung alle in der Sache notwendigen und nützlichen Auskünfte zu erteilen.

Mit der Unterzeichnung dieser Heimanmeldung bestätige ich, dass ich ein Exemplar der geltenden Taxordnung und der Allgemeinen Vertragsbedingungen erhalten habe und diesen vollumfänglich zustimme.

Unterschrift anmeldende Person

Ort / Datum Unterschrift

Unterschrift Vertreter/in

Ort / Datum Unterschrift