**ANMELDUNG**

für einen Aufenthalt im Alterswohnheim Flaachtal

Wir bitten Sie, diese Anmeldung vollständig auszufüllen. Sie ersparen uns dadurch unnötige Rück-fragen. Einige Daten müssen wir für statistische Zwecke erheben. Vielen Dank.

**Personalien der anzumeldenden Person**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Geburtsdatum |  | SV-Nr. (AHV) | 756. |
| Strasse und Nr. |  | PLZ / Ort |  |
| Heimatort |  | Geburtsort |  |
| Nationalität |  | Zivilstand | Wählen Sie ein Element aus |
| Telefon |  | Konfession | Wählen Sie ein Element aus |
| Krankenkasse |  |  |  |

Wir bitten Sie, **Ihre aktuelle Identitätskarte und Krankenversicherungskarte mit der Anmeldung oder spätestens am Eintrittstag abzugeben**. Diese werden bei uns in der Pflegeabteilung aufbe-wahrt und Ihnen beim Austritt wieder ausgehändigt. Wir benötigen diese Karten für eine korrekte Abrechnung mit Ärzten, Spitälern und Apotheken.

|  |  |
| --- | --- |
| Zuletzt ausgeübter Beruf |  |
| Gegenwärtiger Aufenthaltsort | nur wenn nicht mit Wohnadresse identisch |
| Gesetzliche Wohngemeinde |  |
| Heutige Wohnsituation | Wohnung/Haus  Alterswohnung  betreutes Wohnen  andere Institution |
| Spitexbetreuung vor dem Eintritt | ja  nein |
| Gewünschtes Eintrittsdatum |  |
| Austrittsdatum bei befristeten Aufenthalten |  |
| Gewünschtes Zimmer | 1er Zimmer mit Balkon/Sitzplatz |
|  | 1er Zimmer ohne Balkon/Sitzplatz |
| **Mehrbettzimmer sind ohne Sitzplatz/Balkon** | 2er Zimmer  4er Zimmer |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beziehen Sie Hilfslosenentschädigung? | ja | nein |
| Beziehen Sie AHV-Ergänzungsleistungen? | ja | nein |
| **Auskünfte über die Finanzierung eines Heimaufenthaltes erteilen die Gemeinde-behörden. Allgemein gültige Auskünfte erteilt Ihnen auch die Institutionsleitung.** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Besteht eine gesetzliche Vertretung? | ja | nein |
| **Falls ja, bitten wir Sie um eine Kopie (Vollmacht, Vorsorgeauftrag, etc.).** | | |

**Kontaktadressen**

**An wen ist die Rechnung zu adressieren?**  
Die Rechnungen sind zahlbar innert 20 Tagen, bevorzugt mittels Lastschriftverfahren (LSV) der Schweizer Banken oder Debit Direct der Postfinance. Das Formular erhalten Sie bei uns im Sekretariat und als Download auf unserer Homepage.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Strasse und Nr. |  | PLZ / Ort |  |
| Telefon |  | Mobile |  |
| Email |  |  |  |
| Bezug | Partnerin/Partner  Tochter/Sohn  Enkelin/Enkel  Schwester/Bruder  gesetzliche Vertretung  …………………………… | | |

**Wer sind Ihre wichtigsten Kontaktpersonen? (Bitte vollständige Angaben)**  
(Für Anfragen, Informationen, persönliche Situationen, in Notfällen, im Todesfall)

1. Priorität

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Strasse und Nr. |  | PLZ / Ort |  |
| Telefon |  | Mobile |  |
| Email |  |  |  |
| Bezug | Partnerin/Partner  Tochter/Sohn  Enkelin/Enkel  Schwester/Bruder  gesetzliche Vertretung  …………………………… | | |

1. Priorität

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Strasse und Nr. |  | PLZ / Ort |  |
| Telefon |  | Mobile |  |
| Email |  |  |  |
| Bezug | Partnerin/Partner  Tochter/Sohn  Enkelin/Enkel  Schwester/Bruder  gesetzliche Vertretung  …………………………… | | |

1. Priorität

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Strasse und Nr. |  | PLZ / Ort |  |
| Telefon |  | Mobile |  |
| Email |  |  |  |
| Bezug | Partnerin/Partner  Tochter/Sohn  Enkelin/Enkel  Schwester/Bruder  gesetzliche Vertretung  …………………………… | | |

**Zusätzliche Kontaktdaten bitte separat mitteilen.**

**Ärztliche Versorgung**

Wer ist Ihr aktueller Hausarzt?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name / Vorname |  | Strasse und Nr. |  |
| PLZ / Ort |  | Telefon |  |

Unsere Institutionsärztin ist Frau Dr. med. Irene Glauser, Arztpraxis Ossingen. Bei einem Dauer-aufenthalt empfehlen wir Ihnen die Betreuung durch sie. Die Visite unserer Institutionsärztin findet wöchentlich bei uns im Haus statt.

Gerne übernehmen wir für Sie die Formalitäten für einen Wechsel zu Frau Dr. med. Irene Glauser.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ich wünsche eine Betreuung durch die Institutionsärztin | ja | nein |
| Ich möchte meinen obengenannten Hausarzt behalten | ja | nein |

Die Hausärzte kommen meistens nicht ins Haus. Sie müssen auf eigene Kosten die Hausarztpraxis aufsuchen können.

**Was Sie uns ausserdem noch mitteilen möchten:**

|  |
| --- |
|  |

**Die angemeldete Person oder deren Vertretung bestätigt, dass sämtliche Angaben vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt sind.**

**Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihr Einverständnis zu folgenden Punkten:**

1. Mit Ihrer Anmeldung akzeptieren Sie die Taxordnung und die Zahlungsmodalitäten des Alterswohnheims Flaachtal und haften für die Finanzierung.

2. Sie haben davon Kenntnis genommen, dass beim Eintritt ins Alterswohnheim ein ergänzender Betreuungs- und Pensionsvertrag abzuschliessen ist. Diesen Vertrag erhalten Sie mit der ersten Monatsrechnung.

3. Sie nehmen zur Kenntnis, dass sämtliche persönliche Wäschestücke gegen Verrechnung gekennzeichnet werden. (siehe Wegleitung Heim)

4. Die pflegerische Bezugsperson wird innerhalb der ersten drei Wochen telefonisch einen Termin mit Ihrer 1. Kontaktperson vereinbaren, damit sie mit ihr die Angehörigen-Befragung durchführen kann.

5. Die pflegerische Bezugsperson wird beim Eintritt ein Foto von Ihnen machen. Dieses wird für interne Zwecke benötigt. Bei dieser Gelegenheit geben wir Ihnen das Formular «Einverständniserklärung Fotoaufnahmen» zur Unterschrift.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum |  |
| Unterschrift Bewohnerin/Bewohner |  |
| Unterschrift Vertretung bei Urteilsunfähigkeit |  |