**ANMELDUNG**

für einen Aufenthalt im Alterswohnheim Flaachtal (AWH)

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) |  |
| Strasse und Nr. |  | PLZ / Ort |  |
| Heimatort |  | Geburtsort |  |
| Nationalität |  | Zivilstand |  |
| Telefon |  | Konfession |  |
| Krankenkasse |  |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anmeldung für die Warteliste | ja | nein | |
| Gewünschtes Eintrittsdatum |  | | |
| Austrittsdatum bei befristetem Aufenthalt |  | | |
| Gewünschtes Zimmer | 1er Zimmer mit Balkon/Sitzplatz | | |
|  | 1er Zimmer ohne Balkon/Sitzplatz | | |
| *Mehrbettzimmer sind alle ohne Sitzplatz/Balkon* | 2er Zimmer ohne Balkon/Sitzplatz | | |
| Gesetzliche Wohngemeinde |  | | |
| Heutige Wohnsituation / Lebensform | Wohnung / Haus   Wohngemeinschaft    allein lebend | | betreutes Wohnen  andere Institution  Alterswohnung |
| Gegenwärtiger Aufenthaltsort |  | | |
| Spitexbetreuung vor dem Eintritt | ja | nein | |
| Zuletzt ausgeübter Beruf |  | | |
| Besteht eine gesetzliche Vertretung? | ja | nein | |
|  | Falls ja, bitten wir um eine Kopie der Bescheinigung. | | |
| Beziehen Sie Hilfslosenentschädigung? | ja | nein | |
| Beziehen Sie AHV-Ergänzungsleistungen? | ja | nein | |
| **Auskünfte über die Finanzierung eines Heimaufenthaltes erteilen die Gemeindebehörden. Allgemein gültige Auskünfte erteilt Ihnen auch die Institutionsleitung.** | | | |

**Kontaktadressen**

**An wen ist die Rechnung zur Zahlung zu senden?**  
Die Rechnungen sind zahlbar innert 10 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 |  |

**Ärztliche Versorgung bei einem Langzeitaufenthalt in unserer Institution**

Steht ein Langzeitaufenthalt fest, empfehlen wir eine Betreuung durch unsere Institutionsärztin,  
Frau Dr. med. Irene Glauser, Arztpraxis Ossingen. Die Hausärzte kommen meistens nicht ins AWH. Die Bewohnenden müssen auf eigene Kosten ihre Hausarztpraxis aufsuchen können. Die Visite unserer Institutionsärztin findet wöchentlich bei uns im Haus statt. Mit dem Wechsel zu unserer Institutionsärztin wäre eine regelmässige Betreuung vor Ort gewährleistet. Gerne übernehmen wir für Sie die Formalitäten für einen Wechsel.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ich wünsche eine Betreuung durch die Institutionsärztin. |
|  | Ich bleibe weiterhin bei meinem obengenannten Hausarzt. |

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

|  |
| --- |
|  |

**Die angemeldete Person oder deren Vertretung bestätigt mit der Unterschrift, dass sämtliche Angaben vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt und folgende Punkte zur Kenntnis genommen worden sind:**

1. Mit dieser Anmeldung akzeptieren Sie die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und die Taxordnung mit den Zahlungsmodalitäten des Alterswohnheims Flaachtal und haften für die Finanzierung.
2. Die AVB und die Taxordnung bilden einen integrierenden Bestandteil des Wohn- und Dienstleistungsvertrages. In den AVB sind die Leistungen des AWH für Hotellerie, Betreuung und Pflege beschrieben. In der Taxordnung sind die Preise im Detail aufgeführt. Der Wohn- und Dienstleistungsvertrag folgt.
3. Soweit die Vertragsgrundlagen keine abweichenden Regelungen enthalten, bilden die für Alters- und Pflegeinstitutionen gültigen gesetzlichen Grundlagen von Bund und Kanton die Rechtsgrundlage. Das AWH rechnet nach den Bestimmungen des Kantons Zürich ab.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum: |  |
| Unterschrift angemeldete Person: |  |
| Unterschrift vertretungsberechtigte Person: |  |