

# AUFNAHMEGESUCH

## A. Gesuchsteller/-in

Name .....	Vorname .....
Adresse .....	PLZ/ Wohnort .....
Telefon Privat .....	Nummer mitnehmen JA / NEIN
Telefon Handy.....	E-Mail.....
Geburtsdatum .....	AHV Nr. .... <span style="background-color: yellow;">Bitte Kopie Ausweis beilegen</span>
Zivilstand.....	seit.....
Konfession: .....	Heimatort .....Kanton .....
Krankenkasse .....	Vers-Nr .....
<span style="background-color: yellow;">Grundversicherung / Zusatzversicherung</span> <span style="background-color: yellow;">Bitte Kopie Police beilegen</span>	<span style="background-color: yellow;">Bitte Kopie Karte beilegen</span>
Hausarzt: .....	Telefon .....
Adresse.....	PLZ/Ort.....
Heimarzt: JA / NEIN	
Anmeldegrund: .....	
Dringlichkeit: <input type="radio"/> dringend (konkrete Eintrittsvorbereitung mit Heimleitung/Heimleitung meldet sich bei Zimmervakanz)	
<input type="radio"/> vorsorglich (Interessent/Interessent meldet sich wieder wenn Eintrittswunsch konkret wird)	
Eintritt/Wunschtermin.....	Bezug EL: Ja / Nein <span style="background-color: yellow;">Bitte Bestätigung des Bezugs beilegen</span>
weitere Anmeldungen pendent	JA / NEIN
Kollektiv-Privathaftpflicht Heimbewohner	JA / NEIN ab wann: .....
Eigene Möbel JA / NEIN	Umzugstermin Möbel: .....
Telefon:Nr. mitnehmen / Nr. Neu / Anbieterwechsel: JA /NEIN	
TV JA / NEIN	
Zeitungen / Zeitschriften JA / NEIN	welche: .....

## B. 1. Kontaktperson

Name ..... Vorname .....

Verwandtschaftsbeziehung zu Bewohner .....

Adresse ..... PLZ/ Wohnort .....

Telefon Privat ..... Telefon Geschäft.....

Telefon Handy..... E-Mail.....

**Zustelladresse Rechnung: JA / NEIN** kostenlos

**Zustelladresse übrige Post: JA / NEIN**

## B. 2. Kontaktperson

Name ..... Vorname .....

Verwandtschaftsbeziehung zu Bewohner .....

Adresse ..... PLZ/ Wohnort .....

Telefon Privat ..... Telefon Geschäft.....

Telefon Handy..... E-Mail.....

## C. Bankverbindung

Bankbezeichnung..... IBAN Nr.....

für Erstattungen von Rest – Leistungen / Depot

Datum ..... Unterschrift.....  
1. Kontaktperson

Unterschrift.....  
Bewohner Unterschrift.....  
2. Kontaktperson

Beilagen:

Kopie Personalausweis, Kopie Familienbüchlein, Kopie AHV Ausweis, Kopie Krankenkasse Police und Kopie Karte, Wohnsitzbestätigung, wenn vorhanden Bestätigung für EL-Bezug

# AUFNAHMEGESUCH

## D. Betreuung / Pflege

Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum ..... AHV Nr. ....

Diagnose.....  
.....

Allergien.....  
.....

Hilfsmittel.....  
.....

Vorsorgeauftrag / PatientenVerfügung.....  
Bitte Original/Kopie beilegen

Vollmacht / Rechtsdelegation.....  
**Bitte Original beilegen**

Mitgliedschaft Sterbehilfeorganisation.....  
.....

<b>Rechtsdelegation</b>	Umfassende Beistandschaft (Handlungsfähigkeit entfällt)	<input type="radio"/>
	Mitwirkungsbeistandschaft (Handlungsfähigkeit eingeschränkt)	<input type="radio"/>
	Vertretungsbeistandschaft (Eingeschränkte Handlungsfähigkeit möglich)	<input type="radio"/>
	Begleitbeistandschaft (keine Einschränkung der Handlungsfähigkeit)	<input type="radio"/>
	Vertretungsberechtigte Person per Vorsorgeauftrag	<input type="radio"/>
	Vertretungsberechtigte Person per Patientenverfügung	<input type="radio"/>
	Gesetzliche Vertretung gemäss Art. 378	<input type="radio"/>
	Selbstverantwortlich	<input type="radio"/>
<b>Patientenverfügung</b>	<b>Keine</b> schriftliche Patientenverfügung vorhanden	<input type="radio"/>
	Schriftliche Patientenverfügung vorhanden	<input type="radio"/>
	Zugängliche Kopie vorhanden	<input type="radio"/>
	Inhalt den Pflegeverantwortlichen bekannt	<input type="radio"/>
	Inhalt der behandelnde Arzt bekannt	<input type="radio"/>
	Inhalt den Angehörigen/Bezugspersonen bekannt	<input type="radio"/>
	Aktuelle Patientenverfügung (Datum und Unterschrift nicht älter als 2 Jahre)	<input type="radio"/>
	Die Bewohnerin wünscht die Patientenverfügung anzupassen	<input type="radio"/>
	Thema wurde nicht mit der Bewohnerin besprochen	<input type="radio"/>
Die Bewohnerin möchte dazu keine Angaben machen	<input type="radio"/>	

Datum .....

Unterschrift.....  
Bewohner

Beilagen:  
Kopie Vorsorgeauftrag / Patienten Verfügung, Original Vollmacht.