

## Anmeldung Eintritt Haus Augiessen

---

### Personalien

Name:	.....	Geburtsdatum:	.....
Vorname:	.....	Heimatort:	.....
Strasse:	.....	Zivilstand:	.....
PLZ, Wohnort:	.....	Polit. Gemeinde:	.....
Zivilrechtlicher Wohnsitz:	.....	AHV-Nummer:	.....
Konfession:	.....	Beruf:	.....
Aufenthaltsort:	.....		
Eintritt aus:	<input type="checkbox"/> aus eigenem Haushalt	<input type="checkbox"/> Heim / Spital	
gewünschter Heimeintritt / Zeitpunkt:	.....		
Gewünschter Zimmertyp:	<input type="checkbox"/> Haus A (Bau 1978) ohne Dusche <input type="checkbox"/> Haus B (Bau 1989) mit Dusche		
Telefonanschluss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Aktuelle Telefonnummer	.....		

### Angehörige / Kontaktpersonen

#### 1. Bezugsperson

Name:	.....	Vorname:	.....
Strasse:	.....	PLZ, Wohnort:	.....
Tel. Privat:	.....	Tel. Geschäft:	.....
Natel:	.....	E-Mail:	.....
Verwandtschaftsgrad:	.....		

#### 2. Bezugsperson

Name:	.....	Vorname:	.....
Strasse:	.....	PLZ, Wohnort:	.....
Tel. Privat:	.....	Tel. Geschäft:	.....
Natel:	.....	E-Mail:	.....
Verwandtschaftsgrad:	.....		

**3. Bezugsperson**

Name: ..... Vorname: .....  
 Strasse: ..... PLZ, Wohnort: .....  
 Tel. Privat: ..... Tel. Geschäft: .....  
 Natel: ..... E-Mail: .....  
 Verwandtschaftsgrad: .....

**4. gesetzliche Vertretung** (Begleitbeistandschaft / Mitwirkungsbeistandschaft / umfassende Beistandschaft)

Name: ..... Vorname: .....  
 Strasse: ..... PLZ, Wohnort: .....  
 Tel. Privat: ..... Tel. Geschäft: .....  
 Natel: ..... E-Mail: .....  
 Verwandtschaftsgrad: .....  
 Massnahme: .....

**Ärzte**

Hausarzt: .....  
 Zahnarzt: .....

**Krankenversicherung / Unfallversicherung**

Krankenkasse: .....  
 Geschäftsstelle: .....  
 Versicher.-Nr.: .....  
 Versicherungskarten-Nr.: .....  
 Zusatzversicherung: .....  
 Versicherung      o Allgemein      o Halbprivat      o Privat

**Gesundheit**

Benötigen Sie eine vom Arzt verschriebene Diät?      o Ja      o Nein  
 Wenn Ja, welche Diät (Zucker-, Leber, Gallen-, Magendiät)?

.....  
 Angaben über Krankheiten und zum Gesundheitszustand  
 .....  
 .....

Spitex-Betreuung bisher:      o Ja      o Nein

**Finanzielles**

Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selber:  Ja  Nein

Die finanziellen Angelegenheiten werden erledigt durch (Rechnungsadresse):

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ, Wohnort: .....

Tel. Privat: ..... Tel. Geschäft: .....

Natel: ..... E-Mail: .....

Beziehungs- oder Verwandtschaftsgrad: .....

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen:  Ja  Nein

Erhalten Sie Hilfslosen-Entschädigung:  Ja  Nein

**Patientenverfügung / Testament / Vorsorgeauftrag**

Ist eine Patientenverfügung vorhanden  Ja  Nein

Wird aufbewahrt bei (Name / Adresse):  
.....

Ist eine letztwillige Verfügung (Testament/Erbvertrag) vorhanden:  Ja  Nein

Wird aufbewahrt bei (Name / Adresse):  
.....

Ist Vorsorgeauftrag vorhanden:  Ja  Nein

Wird aufbewahrt bei (Name / Adresse):  
.....

Reha-Status (Ich möchte reanimiert werden)  Ja  Nein

**Wünsche / Mitteilungen / Bemerkungen**

.....  
.....  
.....  
.....

**Drehscheibe - Beratung**

Wünschen Sie eine Kontaktaufnahme:  Ja  Nein

**Auskünfte**

Ich erlaube, dass Fotos von mir verwendet werden.

Ja

Nein

Der / Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Heimleitung sowie die Pflegedienstleitung beim Hausarzt sowie bei Spitälern/Heimen medizinische Auskünfte einzuholen und Unterlagen einzufordern. Der Arzt sowie das Spital/Heim werden somit von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden. Die Heimleitung sowie der Pflegedienst verpflichten sich, sämtliche Angaben vertraulich zu behandeln.

.....  
(Ort und Datum)

.....  
(Unterschrift)