



Anmeldeformular

Bitte das Formular vollständig ausfüllen!

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anmeldung zum Eintritt | <input type="checkbox"/> Bereitschaft zur Doppelbelegung |
| <input type="checkbox"/> Anmeldung für Temporäraufenthalt | (vorübergehend, bis Einzelzimmer frei) |
| <input type="checkbox"/> Anmeldung für Warteliste | |

Personalien

Name: _____	Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____	PLZ/Ort: _____
Telefon-Nr.: _____	Geburtsdatum: _____
Zivilstand: _____	Konfession: _____
Heimatort: _____	Steuerort: _____
Neue AHV-Nr.: _____	(sehr wichtig für Abrechnung!!!)
Gegenwärtiger Aufenthaltsort: _____	

Angehörige oder Kontaktpersonen

1. Bezugsperson

Name: _____
Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Geschäft: _____
Natel: _____
E-Mail: _____
Verwandtschaftsgrad: _____

2. Bezugsperson

Name: _____
Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Geschäft: _____
Natel: _____
E-Mail: _____
Verwandtschaftsgrad: _____



Angehörige oder Kontaktpersonen

3. Bezugsperson

Name: _____
Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Geschäft: _____
Natel: _____
E-Mail: _____
Verwandtschaftsgrad: _____

4. Bezugsperson

Name: _____
Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Geschäft: _____
Natel: _____
E-Mail: _____
Verwandtschaftsgrad: _____

Hausarzt

Bitte nur ausfüllen wenn Ihr Hausarzt Sie weiterhin betreut.

Zur Beratung eines neuen Hausarztes kontaktieren Sie bitte die Pflegedienstleitung.

Name: _____ Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

Krankenkasse

Krankenkasse: _____ Karten-Nr. _____
Versicherten-Nr: _____ Ablaufdatum: _____

Bitte eine Kopie der Krankenkassenkarte beilegen



Anmeldeformular

Finanzielles

- Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe
(Sie sind zugleich Rechnungsempfänger)
- Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson
(Diese Person ist Rechnungsempfänger)

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung? ja nein

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen? ja nein

Sollte Ihr Steuerort ausserkantonale sein, müssen wir zuerst eine Kostengutsprache für den Pflegekostenanteil der öffentlichen Hand bei der zivilrechtlichen Wohnsitzgemeinde einholen. Wird diese negativ ausfallen, kann ein Eintritt in unsere Institution nicht stattfinden!



Bemerkungen

Einweisender Arzt oder Institution/Spital: _____

Haben Sie eine Patientenverfügung? ja nein

Spitex-Betreuung bisher: ja nein

Mahlzeitendienst: ja nein

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie die Geschäftsleitung und die Pflegedienstleitung der WirnaVita AG, Alters- und Pflegeheim Würenlingen, beim Hausarzt sowie bei Spitälern medizinische Unterlagen einzufordern und entbinden auskunftsgibende Personen oder Instanzen von der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Geschäftsleitung sowie die Pflegedienstleitung sind verpflichtet, sämtliche Angaben streng vertraulich zu behandeln.

Wir weisen darauf, dass über eine Aufnahme erst nach notwendigen Abklärungen entschieden werden kann und somit mit der Anmeldung keine Aufnahme zugesichert ist.

Datum: _____

Unterschrift: _____