



Anmeldeformular

Bitte das Formular vollständig ausfüllen!

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> rascher Eintritt gewünscht | <input type="checkbox"/> Temporäraufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Warteliste | <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtaufenthalt |
| | <input type="checkbox"/> geschützte Abteilung |

Personalien / allgemeine Angaben

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse/Nr.:	_____	PLZ/Ort:	_____
Telefon-Nr.:	_____	Geburtsdatum:	_____
Zivilstand:	_____	Konfession:	_____
Heimatort:	_____	Steuerort:	_____
AHV-Nr.:	756. _____		
Gegenwärtiger Aufenthaltsort:	_____		
Einweisender Arzt / Institution:	_____		
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Spitex-Betreuung bisher:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorsorgeauftrag:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mahlzeitendienst:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hausarzt Zur Beratung eines neuen Hausarztes kontaktieren Sie bitte die Pflegedienstleitung.

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

Krankenkasse (bitte Kopie der Krankenkassenkarte beilegen)

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

Finanzielles

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe | <input type="checkbox"/> Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson (bitte auf nächster Seite angeben) |
|--|---|



Angehörige oder Kontaktpersonen

1. Bezugsperson

(Versand Angehörigen-Infos, Einladungen etc.)

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: _____

3. Bezugsperson

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

Finanzen (Rechnungsempfänger)

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

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 auskunftsbene Personen oder Instanzen von der ärztlichen Schweigepflicht.

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

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

Datum: _____

Unterschrift: _____