



Anmeldeformular

Anmeldung für Bewohner/Innen

 dringliche Anmeldung vorsorgliche Anmeldung

Gewünschte Wohnform

<input type="checkbox"/> Bett im Einzelzimmer	Zimmer-Nr.	Taxe	
<input type="checkbox"/> Ferienbett	Von	Bis	
Telefonanschluss	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls Ja, Nr.
TV-Anschluss	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Eintrittsdatum

Personalien

Name	Vorname		
Geburtsdatum	AHV-Nummer		
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort		
Zivilstand	Konfession		
Telefonnummer	E-Mail		
Heimatort	Gegenwärtiger Aufenthaltsort	<input type="checkbox"/> Spital	<input type="checkbox"/> Institution
		<input type="checkbox"/> zu Hause	
Spitex vor Eintritt beansprucht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls Ja, Name, Telefonnr.	

Krankenversicherung

Krankenkasse	Vers.-Nr.
Kartenkopie (beidseitig)	Bitte der Anmeldung beilegen

Hausarzt/ Hausärztin

Name/ Vorname	Tel. Nr. Praxis		
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort		
E-Mail	Auch nach Eintritt beibehalten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Haftpflicht-Versicherung

Gesellschaft	Policen-Nr.
--------------	-------------

Urteilsfähigkeit und Beistandschaft

Ist der Bewohner / die Bewohnerin Urteilsfähig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beistandschaft bereits vorhanden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Begleitbeistandschaft	<input type="checkbox"/> Vertretungsbeistandschaft	
<input type="checkbox"/> Mitwirkungsbeistandschaft	<input type="checkbox"/> Umfassende Beistandschaft	
<input type="checkbox"/> Vertretungsberechtigt per Vorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> Vertretungsberechtigt per Patientenverfügung	



Anmeldeformular

Vorsorgeauftrag/ Patientenverfügung

Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls Ja, hinterlegt bei: (Falls Möglich Kopie beilegen)		

Hilfsmittel

Bringen Sie einen Rollator mit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bringen Sie einen Rollstuhl mit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Finanzielles

Erhalten Sie Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Falls Ja	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
Erhalten Sie Ergänzungsleistung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Geht die Rechnung direkt an die Bewohnerin / den Bewohner?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein **	

Empfänger des Vertrages:**Rechnungsempfänger/in (wenn Nein **)**

Verwandschaftsgrad	Beistandschaft <input type="checkbox"/> Ja
Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Telefon Geschäft	Mobiltelefon
Telefon privat	E-Mail

Nächste Angehörige

1. Ansprechperson / Vertrauensperson

Verwandschaftsgrad	
Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Telefon Geschäft	Mobiltelefon
Telefon privat	E-Mail

2. Ansprechperson / Vertrauensperson

Verwandschaftsgrad	
Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Telefon Geschäft	Mobiltelefon
Telefon privat	E-Mail

3. Ansprechperson / Vertrauensperson

Verwandschaftsgrad	
Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Telefon Geschäft	Mobiltelefon
Telefon privat	E-Mail

Impfstatus

Haben Sie bereits Ihre Impfung gegen das Sars-Cov 19 Virus erhalten?

Impfstoff:

vollständig geimpft seit:

Impfung nach Genesung am:

Einfach geimpft

ungeimpft

Wäsche

Nur angeschriebene Wäsche kann im Haus gewaschen werden. Für Wäsche ohne Namen lehnt das Haus jegliche Haftung ab. Die Wäsche wird vom Falkenstein automatisch „gnämelet“.

Handwäsche kann nicht durch den Falkenstein gewaschen werden. Kleider für die chemische Reinigung können bei der Pflege abgegeben werden. Die Reinigungskosten werden dem/der BewohnerIn weiterverrechnet.

Möbel

Wann werden die Möbel geliefert? _____

Bewohnerpost

Für die Adressänderung ist der/die BewohnerIn verantwortlich. Der Falkenstein stellt einen persönlichen Briefkasten zur Verfügung. Wer soll die Post generell erhalten?

Anmeldeformular

Bemerkungen:

Unterschrift

Der/die unterzeichnende Person nimmt zur Kenntnis, dass bei Eintritt in die Falkenstein Asana AG ein separater Betreuungsvertrag abgeschlossen wird. Zudem wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt und die Geschäfts- respektive Pflegedienstleitung ermächtigt, weiterführende Auskünfte bei Ärzten und Institutionen einzuholen.

Bewohner/In

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

BewohnerIn und VertreterIn / RechnungsempfängerIn des / der BewohnerIn

Ort, Datum _____ Unterschrift _____