

Anmeldung Bewohnende

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

Ärztliche Betreuung

<input type="checkbox"/> Betreuung durch Heimarzt Dr. J. Klaws	<input type="checkbox"/> Betreuung durch Hausarzt
Angaben Hausarzt:	
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	

Vorsorgeauftrag / Patientenverfügung (Pflicht)

Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls Ja, hinterlegt bei: (spätestens beim Eintritt Kopien abgeben)		

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 **)

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

Entbindung gesetzliche Geheimhaltungspflicht:

Damit die Falkenstein Asana AG Ihre Bezugspersonen auf Anfrage angemessen über Ihren Gesundheitszustand oder medizinische Behandlungen informieren kann, benötigen wir Ihre schriftliche Einwilligung zur Entbindung von der gesetzlichen Geheimhaltungspflicht. (z.B. Berufsgeheimnis). Folgende Daten und gesundheitsbezogene Informationen dürfen an die unten genannten Personen weitergegeben werden:

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

Weitere Kontaktpersonen

1. Ansprechperson / Vertrauensperson

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

2. Ansprechperson / Vertrauensperson

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

3. Ansprechperson / Vertrauensperson

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

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?

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 _____