

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

Hausarzt/ Hausärztin

Name/ Vorname	Tel. Nr. Praxis
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort
E-Mail	Auch nach Eintritt beibehalten

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
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

Nächste Angehörige

1. Ansprechperson / Vertrauensperson

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

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

Impfstatus

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> vollständig geimpft seit: | <input type="checkbox"/> Einfach geimpft |
| <input type="checkbox"/> Impfung nach Genesung am: | <input type="checkbox"/> 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?

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 _____