

Anmeldung

Name	_____		
Vorname	_____	Ledigname	_____
Heimatort	_____	Geb.-Datum	_____
Nationalität	_____	Zivilstand	_____
Konfession	_____	Spitex	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
AHV-Nr.	_____		
Aktuelle Adresse	_____		
Zivilrechtlicher Wohnsitz	_____	Kanton	_____
Krankenkasse	_____	Mitgl.-Nr.	_____
Kopie beilegen	<u>Vorder- und Rückseite</u>		_____
Hausarztmodell	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hausarzt	_____		
Strasse, Nr.	_____	PLZ, Ort	_____

Vorhandensein offizieller Vertretungsvollmachten

Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beistandschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Eine Kopie des / der Dokumente ist der Anmeldung beizulegen.

Adressen Angehörige, Verwandte oder Bekannte

Bezugsperson 1

Primäre Ansprechperson für alltägliche Belange und Fragen der Pflege und Betreuung.
Sie erhält regelmässige Informationen über Anlässe, Ereignisse und Angebote für Angehörige.

Name	_____		
Vorname	_____	Verwandtschaftsgrad	_____
Adresse	_____		
Telefon Nr.	_____	Handy Nr.	_____
Email	_____		

Bezugsperson 2

Sekundäre Ansprechperson für alltägliche Belange. Sie erhält regelmässige Informationen über Anlässe, Ereignisse und Angehörigen Angebote – sofern gewünscht.

Name _____
Vorname _____ Verwandtschaftsgrad _____
Adresse _____
Telefon Nr. _____ Handy Nr. _____
Email _____

Wünscht regelmässige Informationen der Sonnweid zu erhalten ja nein

Weitere Kontaktpersonen

Gerne können Sie uns für besondere Situationen auch weitere Bezugspersonen mitteilen, die wir in unsere Adressliste aufnehmen und der Station zur Kenntnisnahme weiterleiten. Wenn Sie wünschen, dass weitere Personen erfasst werden, bitten wir Sie uns diese Adressen mittels einer Beilage mitzuteilen.

Rechnungsempfänger

Diese Person erhält die Heimrechnungen und Rechnung über allfällig verwendetes Pflegematerial der Sonnweid. Sie agiert als Ansprechpartner in finanziellen und sonstigen administrativen Belangen.

Name _____
Vorname _____ Verwandtschaftsgrad _____
Adresse _____
Telefon Nr. _____ Handy Nr. _____
Email _____

Unterschrift der vertretungsberechtigten Person

Liegt kein Versorgungsauftrag vor, ist die vertretungsberechtigte Person, sofern diese der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leistet, vom Gesetz in folgender Reihenfolge festgelegt. 1. Ehegatte oder eingetragener Partner, 2. Lebenspartner, 3. Nachkommen, 4. Eltern, 5. Geschwister (vgl. ZGB Art. 382 Abs. 3).

Die vertretungsberechtigte Person bestätigt mit Ihrer Unterschrift die Anmeldung und die Richtigkeit sowie Vollständigkeit obiger Angaben:

Name _____ Vorname _____
Ort, Datum _____ Unterschrift _____