



Anmeldeformular

- Anmeldung zum sofortigen Eintritt Anmeldung für Warteliste
 Feriengast Tagesaufenthalt

Eintritt gewünscht per: _____

Personalien

Name: _____ Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Telefon Nr.: _____
Zivilstand: _____ Konfession: _____
Heimatort: _____ AHV-Nr.: _____

Steuerpflichtig/angemeldet in: _____

Gegenwärtiger Aufenthaltsort: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Anmeldung gemäss den Bedingungen auf Seite 5 dieser Anmeldung.

Name/Vorname Funktion

Ort/Datum Unterschrift

Angehörige oder Kontaktpersonen

Angaben zur Personensorge mit Vertretung
Medizinische Massnahmen

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad:

Angaben der bevollmächtigten Person für
übrige Angelegenheiten (z.B. Finanzen)

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad:

1. Ansprechperson/Angehörige

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad:

2. Ansprechperson/Angehörige

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad:

3. Ansprechperson/Angehörige

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad:

4. Ansprechperson/Angehörige

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad:

Finanzielles

Rechnungszahler/-empfänger

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Bezugsperson: _____

Hausarzt

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

Zahnarzt

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

Augenarzt

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

Hörakustiker

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

Kranken-, Unfallversicherung (Bitte Kopie der Anmeldung beilegen)

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

Haben Sie eine Krankenkasse-Zusatzversicherung? ja nein

Falls ja, welche und bei welcher Versicherung? ja nein

Patientenverfügung, Allgemeines

Wurden Sie von der Spitex betreut? ja nein

Haben Sie eine Patientenverfügung? ja nein

Haben Sie einen Vorsorgeauftrag? ja nein

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen (EL)? ja nein

Beziehen Sie Hilfslosenentschädigung? ja nein

Möchten Sie mit einem Haustier einziehen? ja nein

Falls ja, ist die betreuende Versorgung Ihres Haustieres gesichert? ja nein

Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten bekannt bei

- Nahrungsmittel? ja nein
- Medikamente? ja nein
- Kosmetika, Staub, Pollen? ja nein
- Tierhaare? ja nein

Haben Sie ein elektronisches Patientendossier EPD? ja nein

Persönliche Wünsche und Bemerkungen

Falls Sie rezeptfrei Medikamente einnehmen, sind diese zwingend den Pflegepersonen anzugeben.

Bei einem Eintritt ins Seniorenzentrum Tägerig bleiben die Ausweisschriften (Heimatschein) in der jetzigen Wohngemeinde deponiert. Sofern Sie nicht in Tägerig wohnhaft sind, muss der Aufenthaltsausweis auf der Gemeinde Tägerig abgegeben werden.

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie der Geschäftsführung und der Pflegedienstleitung des Seniorenzentrums Tägerig beim Hausarzt sowie bei Spitälern medizinische Unterlagen einzufordern und entbinden auskunftsgewährende Personen oder Instanzen von der ärztlichen Schweigepflicht. Die Geschäftsführung 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.