



● gemeinsam ● offen ● achtsam

Anmeldung





Personalien

| | | | |
|------------------------|-------|------------|---|
| Name | _____ | Vorname | _____ |
| Strasse | _____ | PLZ/Ort | _____ |
| Geburtsdatum | _____ | Heimatort | _____ |
| Zivilstand | _____ | Konfession | _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> konfessionslos |
| AHV-Nummer | _____ | Telefon | _____ |
| Schriften deponiert in | _____ | seit | _____ |

Gewünschter Aufenthalt (Zutreffendes bitte ankreuzen)

| | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Langzeit | <input type="checkbox"/> Kurzzeit (max. 90 Tage/ Kalenderjahr) |
| | von _____ bis _____ |

Gewünschter Anmeldestatus für Langzeitaufenthalt (Zutreffendes bitte ankreuzen)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> dringlich * | <input type="checkbox"/> vorsorglich |
| <input type="checkbox"/> Aufnahme in den Wohnbereich | <input type="checkbox"/> Aufnahme in die Wohngruppe der Demenzabteilung ** |

* Besteht der Wunsch eines Eintrittes innert Jahresfrist, empfehlen wir Ihnen die Anmeldung auf „dringlich“.

** Die Wohngruppen eignen sich für demenzerkrankte Personen (nur mit ärztlicher Verordnung).

Bezugsperson

| | | | |
|------------|-------|-----------------------------------|-------|
| Name | _____ | Vorname | _____ |
| Strasse | _____ | PLZ/Ort | _____ |
| Telefon | _____ | Verwandt-/Be- kanntschaftsgrad | _____ |
| Mobile-Nr. | _____ | E-Mail | _____ |





Vertretung der Bezugsperson

| | | | |
|------------|-------|-----------------------------------|-------|
| Name | _____ | Vorname | _____ |
| Strasse | _____ | PLZ/Ort | _____ |
| Telefon | _____ | Verwandt-/Be- kanntschaftsgrad | _____ |
| Mobile-Nr. | _____ | E-Mail | _____ |

Geht die Rechnung an die angemeldete Person? ja nein, an:

| | | | |
|---------|-------|---------|-------|
| Name | _____ | Vorname | _____ |
| Strasse | _____ | PLZ/Ort | _____ |
| Telefon | _____ | E-Mail | _____ |

Geht Korrespondenz an angemeldete Person? ja nein, an:

| | | | |
|---------|-------|---------|-------|
| Name | _____ | Vorname | _____ |
| Strasse | _____ | PLZ/Ort | _____ |
| Telefon | _____ | E-Mail | _____ |

Krankenkasse

Hausarztmodell ja nein

| | | |
|---------|-------|-------------------|
| Name | _____ | _____ |
| Strasse | _____ | PLZ/Ort _____ |
| Telefon | _____ | Policen Nr. _____ |





Hausarzt

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ/Ort _____
Telefon _____ E-Mail _____

Sind folgende Dokumente vorhanden?

Vorsorgeauftrag* ja nein
Patientenverfügung* ja nein

* Bitte bei Eintritt mitbringen.

Der/Die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der Angaben.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Mit der Einreichung dieser Anmeldung werden Sie als Interessent für einen allfälligen Eintritt ins Wohn- und Pflegezentrum Stadelbach aufgenommen. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass wir mit der Entgegennahme der Anmeldung nicht die Aufnahme zusichern. Über eine Aufnahme entscheidet die Geschäftsleitung des Wohn- und Pflegezentrums.

Vor dem Eintritt in eine Institution kommen viele Fragen auf. Die Stadelbach-Broschüren zu unterschiedlichen Themen bieten dazu Antworten an. Diese stehen als Druckversion im Info-Regal im Foyer des Wohn- und Pflegezentrums Stadelbach oder als elektronische Version auf der Homepage www.stadelbach.ch zur Verfügung.

