STÄGLEN
ALTERS- UND PFLEGEHEIM
NUNNINGEN/ZULLWIL

Aufnahme-Gesuch - Anmeldeformular

1.1. Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Heimatort: _____

Zivilstand: _____ Konfession: _____

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____

AHV-Nummer: _____ Telefon/Mobile: _____

1.2. Ehefrau/Ehemann/Eingetragene Partnerschaft

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon/Mobile: _____

Administration/Finanzielles (Zutreffendes ankreuzen) bitte der Anmeldung beilegen

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?		☐ Ja	☐ Nein
Beziehen Sie Hilflosenentschädigungen?		☐ Ja	☐ Nein
Patientenverfügung vorhanden:		☐ Ja	☐ Nein
Vorsorgeauftrag vorhanden:		☐ Ja	☐ Nein
Demenzielle Erkrankung:	☐ Nein	☐ schwach	☐ fortgeschritten
Besteht eine Beistandschaft:		☐ Ja	☐ Nein

*Wenn **Ja** bitte nachfolgend den Beistand ausfüllen:*

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon/Mobile: _____ E-Mail: _____

Kontaktadresse *Erstkontakt für medizinische und persönliche Auskünfte*

Name / Vorname: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon/Mobile: _____ Email Adresse: _____

STÄGLEN
ALTERS- UND PFLEGEHEIM
NUNNINGEN/ZULLWIL

Weitere Kontaktadressen:

Name / Vorname: Verwandtschaftsgrad:

Strasse: PLZ/Wohnort:

Telefon/Mobile: Email Adresse:

Name / Vorname: Verwandtschaftsgrad:

Strasse: PLZ/Wohnort:

Telefon/Mobile: Email Adresse:

Ansprechpartner für finanzielle Angelegenheiten (Rechnungsempfänger)

Name / Vorname: Verwandtschaftsgrad:

Strasse: PLZ/Wohnort:

Telefon/Mobile: Email Adresse:

Hausarzt:

Name: Vorname:

Strasse: PLZ/Wohnort:

Telefon: E-Mail:

Zahnarzt:

Name: Vorname:

Strasse: PLZ/Wohnort:

Telefon: E-Mail:

Weitere Ärzte (Dermatologe, HNO;...) :

Name: Vorname:

Strasse: PLZ/Wohnort:

Telefon: E-Mail:

STÄGLEN
ALTERS- UND PFLEGEHEIM
NUNNINGEN/ZULLWIL

Versicherung / Krankenversicherer (Grundversicherung):

Strasse: PLZ/Wohnort:

Mitgliedsnummer:

Unfallversicherer:

Strasse: Telefon:

Policen-Nummer:

1.3. Radio/Fernseher/Telefonie:

Werden Sie ein TV-Gerät mitbringen? ☐ Ja ☐ Nein

Werden Sie ein Radio mitbringen? ☐ Ja ☐ Nein

Wünschen Sie das Telefon im Zimmer? ☐ Ja ☐ Nein
Direkter Anschluss vorhanden

In den öffentlichen Räumen kann das freie WLAN genützt werden.

Eintrittstermin:

Zeitpunkt des gewünschten Eintrittes? ☐ vorsorglich ☐ dringend

Der/Die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort und Datum: Unterschrift:
Gesuchssteller

Allenfalls Zweitunterschrift gesetzl. Vertretung

Ort und Datum: Unterschrift;
Gesetzliche Vertretung

Dem Aufnahmegesuch ist das von ihrem Vertrauensarzt ausgefüllte Arztzeugnis beizulegen.
Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt.