



Anmeldung für Aufnahme

1. Personalien

Name Vorname

Strasse PLZ, Ort

Telefon E-Mail

Geburtsdatum Zivilstand

Geschlecht männlich weiblich divers

Ausbildung Beruf

Konfession Heimatort

Gesetzlicher Wohnort Nationalität

Aufenthalts-/Niederlassungsbewilligung

Pass/ID-Nr. Kopie Pass/ID/Ausländerausweis

Krankenkasse Kopie Krankenkassenkarte

Karten-Nr. Gültig bis

Versicherten-Nr.

Bisherige Wohnsituation

Gewünschtes Eintrittsdatum:

2. Gesundheitszustand

Überweisungsrapport mit Diagnose und aktuelle Medikation beilegen oder nachsenden.

Arzt/Klinik

Strasse PLZ, Ort

Telefon



3. Garantie für die Sicherstellung der Pensionskosten

 Gesetzliche Vertretung Selbstverantwortlich

Kontaktangaben der gesetzlichen Vertretung

Name Vorname Strasse PLZ, Ort Telefon E-Mail

Art der Beistandschaft

 Umfassende Beistandschaft Mitwirkungsbeistandschaft Vertretungsbeistandschaft Begleitbeistandschaft Vermögensverwaltung keine Beistandschaft

Bitte eine Ernennungsurkunde beilegen.

Bei einer fürsorglichen Unterbringung ist eine Kopie des KESB-Entscheids beizulegen.

4. Kontaktperson/Angehörige

Verwandtschaftsgrad/Art der Beziehung Name Vorname Strasse PLZ, Ort Telefon E-Mail Verwandtschaftsgrad/Art der Beziehung Name Vorname Strasse PLZ, Ort Telefon E-Mail

5. Diverses

Vorsorgeauftrag vorhanden

 nein ja (Kopie beilegen)

Patientenverfügung vorhanden

 nein ja (Kopie beilegen)

Elektronisches Patientendossier/EPD

 nein ja



6. Zimmerkategorie

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> Zweierzimmer |
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer mit Dusche und WC | <input type="checkbox"/> Zweierzimmer mit Dusche und WC |

7. Wünsche/Bemerkungen

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Heimleitung, beim zuweisenden Arzt/Ärztin allenfalls medizinische Auskünfte einzuholen. Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt. Es wird ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, dass mit der Entgegennahme dieser Anmeldung noch keine definitive Zusicherung für eine Aufnahme abgegeben wird.

Ort, Datum _____

Unterschrift Bewohnerin/Bewohner _____ Unterschrift/Stempel Vertretung _____

Interne Angaben (werden von BL Pflege ausgefüllt)

Bew.-Nr. _____ Haus _____

Zimmer-Nr. _____ Stockwerk _____

Zuständiger Arzt _____ Einweisende Stelle _____

Eintrittsdatum _____ Zeit _____

E-Mailadresse für Rücksendung: aufnahme@sonnhalde-zh.ch