

Aufnahmegesuch

Personalien

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
wohnhft seit:	Tel. Nr.:
Zivilrechtlicher Wohnsitz:	PLZ/Ort:
AHV Nr.:	Geburtsdatum:
Heimatort:	Zivilstand:
Beruf:	Konfession:

Angehörige / Bezugspersonen (wenn möglich mind. zwei Kontaktpersonen angeben)

Name/Vorname:	Verw.grad:
Strasse:	PLZ/Ort:
Tel. Privat:	Tel. Geschäft:
Mobile-Nr.:	Email:

Name/Vorname:	Verw.grad:
Strasse:	PLZ / Ort:
Tel. Privat:	Tel. Geschäft:
Mobile-Nr.:	Email:

Name/Vorname:	Verw.grad:
Strasse:	PLZ / Ort:
Tel. Privat:	Tel. Geschäft:
Mobile-Nr.:	Email:

Hausarzt

Name:	Telefon Praxis:
Strasse:	PLZ / Ort:

Krankenkasse:	Mitgliednr:
Adresse:	

Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung: Ja Nein

Aktuelle Wohnsituation

Im eigenen Haus Ja Nein | Mietwohnung Ja Nein

Ambulante Betreuung

Spitex / Hauspflege Ja Nein | Besuchsdienst Ja Nein

Mahlzeitendienst Ja Nein | Von Angehörigen Ja Nein

Hilfs- und Pflegebedürftigkeit

Beim Essen Ja Nein | Beim Toilettengang Ja Nein

Hilfe beim Gehen Ja Nein | Inkontinenz Ja Nein

Beim An- und Ausziehen Ja Nein | Bei der Körperpflege Ja Nein

Hilfsmittel

Rollstuhl Ja Nein | Andere Hilfsmittel:

Rollator Ja Nein

Mahlzeiten

Benötigen Sie eine Diät Ja Nein | Wenn ja, welche:

Eintritt ins Alterszentrum Weihermatt

Pflegeabteilung | Einbettzimmer

Demenzabteilung | Zweibettzimmer

Arztzeugnis liegt bei

Wann möchten Sie eintreten

sofort zu einem späteren Zeitpunkt

Diverses

Haben Sie eine Privathaftpflichtversicherung Ja Nein

Haben Sie einen gesetzlichen Vertreter Ja Nein

Falls Ja, Name, Adresse und Tel. Nr.:

Ort und Datum:

Unterschrift: