



Anmeldung

ANMELDUNG

Vorsorgliche Anmeldung

(Bitte pro Person 1 Formular vollständig ausfüllen)

Personen, welche sich vorsorglich anmelden, werden nicht auf die Warteliste gesetzt. Die vorsorgliche Anmeldung wird auf Wunsch während fünf Jahren im Zentrum aufbewahrt. Anschliessend wird sie vernichtet.

☐ Vorsorgliche Anmeldung

Eintrittserklärung

(Bitte pro Person 1 Formular vollständig ausfüllen)

Ich melde mich definitiv an für den Eintritt ins Alters- und Pflegezentrum Stammthal.

☐ Ich bin bereit per sofort als Bewohnerin, als Bewohner einzutreten (Daueraufenthalt)

Ich wünsche ein

- ☐ Einerzimmer
- ☐ Zweierzimmer

☐ Ich trete als Gast ein (Temporäraufenthalt) bis

- ☐ 42 Tage
- ☐ 91 Tage
 - ☐ Probewohnen
 - ☐ Ferienaufenthalt
 - ☐ Erholungsaufenthalt
 - ☐ Rehabilitationsaufenthalt
 - ☐ anderes

Ich wünsche ein

- ☐ Einerzimmer
- ☐ Zweierzimmer

Gewünschtes Eintrittsdatum:

Austrittsdatum für Gäste:

Personalien

Name

(bei Ehefrauen und Witwen auch lediger Name)

Vorname

(gemäss Ausweis)

Rufname

(wie ist die Anschrift gewünscht?)

Geburtsdatum

Geburtsort

Strasse

PLZ/Wohnort

wohnhaft seit

Telefon

Konfession

Zivilstand

AHV-Nummer

Ausgleichskasse

Beruf/Tätigkeiten

Sprache

Bezugspersonen

Bitte legen Sie bei den genannten Personen (unter Funktion) die 1. und 2. Bezugsperson fest.

Die 1. Bezugsperson ist seitens des APZ erste Ansprechperson bei sämtlichen Themen (Gesundheit, Aufenthalt, Finanzen). Sie leitet, wo nötig, alle Informationen in der Familie bzw. zu anderen Bezugs-Personen und -Stellen weiter.

Name/Vorname

Strasse

PLZ/Wohnort

Telefon Natel

Email

Verwandtschaftsgrad/Funktion

Name/Vorname

Strasse

PLZ/Wohnort

Telefon Natel

Email

Verwandtschaftsgrad/Funktion

Name/Vorname

Strasse

PLZ/Wohnort

Telefon Natel

Email

Verwandtschaftsgrad/Funktion

Name/Vorname

Strasse

PLZ/Wohnort

Telefon Natel

Email

Verwandtschaftsgrad/Funktion

Finanzielles

AHV-Rente ☐ ja ☐ nein

Pensionskassenbezug ☐ ja ☐ nein

IV-Rente ☐ ja ☐ nein

Hilflosenentschädigung ☐ ja ☐ nein
wenn ja

☐ 1. Grad ☐ 2. Grad ☐ 3. Grad
seit wann

Antrag für Hilflosenentschädigung gestellt

☐ ja ☐ nein

Ergänzungsleistung

☐ ja ☐ nein

Wirtschaftliche Hilfe

☐ ja ☐ nein

Andere finanzielle Leistungen

☐ ja ☐ nein

Bezugsperson Finanzen (Zustelladresse)

Name/Vorname

Strasse

PLZ/Wohnort

Telefon

Natel

E-Mail

Verwandtschaftsgrad/Funktion

Zahlungsart

☐ Bank mit Lastschriftverfahren (wird empfohlen)

(LSV: siehe Formular: Belastungsermächtigung)

☐ Rechnung

(mit Einzahlungsschein)

Zustelladresse Gemeinde für Restfinanzierung Pflege

Krankenkasse/Unfallversicherung

Kasse

Policen-Nr.

Agentur

Arzt

(jetziger Hausarzt)

Name/Vorname

Strasse

PLZ/Wohnort

Telefon

Dr. med. Raphael Butsch, Allgemeine Innere Medizin FMH, Rheumatologie FMH, ist der Zentrumsarzt des APZ Stammertal. Mit Eintritt der Bewohnerin bzw. des Bewohners wird Dr. Butsch auch deren Hausarzt. Bitte stellen Sie allfällige ärztliche Unterlagen des Hausarzt-Vorgängers Dr. Butsch zeitnah zu.

Vertretungen

Besteht ein Vorsorgeauftrag?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, ist dieser von der Erwachsenenschutzbehörde beurkundet?

☐ ja ☐ nein

Bei Vorhandensein eines Vorsorgeauftrags und bei Eintritt einer Urteilsunfähigkeit des Bewohners ist dieser Vorsorgeauftrag von der Erwachsenenschutzbehörde zu beurkunden.

Gibt es einen behördlichen Vertreter/Beistand?

☐ ja ☐ nein

Besteht eine Patientenverfügung? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, Aufbewahrungsort der Dokumente:

Eine Kopie der Dokumente ist dem Alters- und Pflegezentrum abzugeben.

Allergien

Besteht eine Allergie? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

Eine Kopie des Allergiepass' ist dem APZ Stammertal abzugeben.

Briefkasten

Wünschen Sie einen Briefkasten im Foyer beim Haupteingang?

☐ ja ☐ nein

Telefon, TV-Radio, Internet

Wünschen Sie ein Telefon im Zimmer?

☐ ja ☐ nein

Bringen Sie ein Telefon mit? (für unsere Telefonanlage sind nur Analog-Telefone geeignet)

☐ ja ☐ nein

Wünschen Sie Fernsehen/Radio?

☐ ja ☐ nein

Bringen Sie einen Fernsehapparat mit?

☐ ja ☐ nein

Wünschen Sie einen Internet-Anschluss?

☐ ja ☐ nein

Die/der Angemeldete nimmt die folgenden Bestimmungen zur Kenntnis:

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass alle Angaben auf der Anmeldung richtig sind. Die Leitung des Alters- und Pflegezentrums oder deren Vertretung ist ermächtigt, beim Spital- oder Hausarzt medizinische Auskünfte einzuholen; der Arzt ist entbunden von der Schweigepflicht. Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass mit der Entgegennahme dieser Anmeldung die Aufnahme noch nicht zugesichert ist. Über die Aufnahme entscheidet die Leitung des Alters- und Pflegezentrums. Die Reihenfolge der Eintritte erfolgt gemäss Regelung der Kommission des Alters- und Pflegezentrums.

Die Anmeldung für einen Eintritt ist beidseitig zu unterzeichnen, damit weitere Eintrittsabklärungen eingeleitet werden und die Aufnahme auf die Warteliste verbindlich stattfindet.

Wenn sämtliche Eintrittsformalitäten erledigt sind, wird ein Pensionsvertrag für die gegenseitige Rechtsverbindlichkeit unterzeichnet.

Ort und Datum

Bewohnerin/Gast oder deren Vertretung

Alters- und Pflegezentrum





Alters- und Pflegezentrum

STAMMERTAL

Kirchweg 2 • 8477 Oberstammheim • T 052 744 11 44
verwaltung@apz-stammertal.ch • www.apz-stammertal.ch