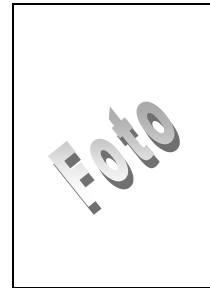




Aufnahmegesuch



Name:

Vorname:

Geburtsdatum: **Heimatort:**

AHV-Nr. (neue, 13-stellig):-.....-.....

vertreten durch (Vertreter/in): **Name:** **Vorname:**

Adresse (Strasse/Nr., Plz./Ort):

aktuelle Wohnadresse künftige/r Bewohner/in:

Strasse/Nr.:

Postleitzahl: Wohnort:

Private Tel.-Nr./(Natel):

Temporäradresse (falls nicht identisch mit aktueller Wohnadresse):

.....

Steuerwohnsitz:

Postleitzahl: Ort:

Zivilstand: **Konfession:**

ehem. Beruf:

Krankenversicherung:

Name der Versicherung:

Sektion/Agentur:

Strasse/Nr.: Postleitzahl: Ort:

Telefon-Nr.: Kennnummer*

*20-stellige Karten-Nr./Kennnummer der Karte (nicht Police!)

Versicherten-Nr. / Police-Nr.



Angehörige

Name/Vorname: Adresse/PLZ/Ort: Tel. Privat/Geschäft/Natel

1.)

Verwandtschaftsgrad/oder Bezug:

2.)

Verwandtschaftsgrad/oder Bezug:

3.)

Verwandtschaftsgrad/oder Bezug:

4.)

Verwandtschaftsgrad/oder Bezug:

5.)

Verwandtschaftsgrad/oder Bezug:

6.)

Verwandtschaftsgrad/oder Bezug:

erste Bezugspersonen (Kontakt) (Nr. von oben angeben):

Gesetzliche Vertretung

(falls vorhanden Zutreffendes ankreuzen)

Beistand

Vormundschaft

Wenn ja, Name und Adresse, Tel.-Nr.:

.....

Eltern

Name und Vorname des Vaters

Name und Vornamen der Mutter,
einschliesslich Name als ledig



Mitglied vom Altersheimverein Spreitenbach

ja nein

Eintritt

Art des Aufenthalts im Heim: Ferienaufenthalt Daueraufenthalt

Gewünschter Eintrittstermin (Datum):

Gewünschter Ferienaufenthalt (Datum): von bis

Grund des Eintrittswunsches:

.....

Angaben über den Gesundheitszustand

Sind Sie beim An- und Auskleiden auf Hilfe angewiesen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Können Sie sich selbständig waschen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Können Sie sich selbständig duschen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Können Sie selbständig betten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Brauchen Sie Hilfeleistungen beim Essen/Trinken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Benötigen Sie eine vom Arzt verordnete Diät?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bemerkungen zum gegenwärtigen Gesundheitszustand: (psychisch, physisch etc.):

.....

.....

.....

Arztzeugnis in der Beilage zum Aufnahmegesuch vorhanden*: ja nein

(wichtig: Es werden keine Aufnahmegesuche ohne Arztzeugnis entgegengenommen)

Name, Vorname/Adresse/Tel.-Nr. des Hausarztes:

.....

Wird Hausarzt Sie auch im Altersheim und Pflegeheim Im Brühl betreuen?

Heimbesuch: ja nein



Weitere Bemerkungen:

.....
.....
.....

Der/die Unterzeichnende hat die Taxordnung, das Taxblatt, das Leitbild und die Hausordnung zur Kenntnis genommen und erklärt sich mit den darin getroffenen Regelungen einverstanden.

Er/Sie bestätigt die Richtigkeit der gemachten Angaben und ermächtigt die Heimleitung sowie die Leitung Pflegedienst, alle nötigen Auskünfte bei den betreuenden Ärzten, allenfalls bei den Amtsstellen einzuholen. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Wir bitten Sie, uns umgehend zu informieren, falls Sie nicht mehr an einem Heimeintritt ins Alters- und Pflegeheim Im Brühl interessiert sind.

..... (Ort), (Datum)

Vorname Name
Bewohner/in

(mit Unterschrift)

Vorname Name
Vertreter/in

(mit Unterschrift)

Aufnahmegesuch bitte vollständig ausfüllen