



Anmeldung zur Aufnahme ins Alterszentrum Schiffländi, Gränichen

Gültigkeit ab: 01.09.2024

Personalien:

Name	Vorname
Strasse	Telefon Nr.:
PLZ	Wohnort:
Geburtsdatum	Zivilstand
Heimatort	Konfession
Hausarzt	Adresse
AHV-Nr.	
Krankenkasse	Versicherten Nr.

⇒ *Mobiliar und Haftpflichtversicherung ist durch unsere Institution abgedeckt.*

Gewünschte Aufnahme:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einer-Zimmer im
Haus JURA & WYNA | <input type="checkbox"/> Entlastungszimmer | <input type="checkbox"/> Haus am Bach
(geschützte Demenzabteilung) |
|--|--|---|

Der Eintritt wird gewünscht auf:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> sobald Platz | <input type="checkbox"/> vorsorgliche Anmeldung |
|---------------------------------------|---|

Zusatzfragen:

- | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------|
| Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? | <input type="checkbox"/> ja <i>(bitte eine Kopie beilegen)</i> | <input type="checkbox"/> nein |
| Beziehen Sie eine Hilflosenrente? | <input type="checkbox"/> ja <i>(bitte eine Kopie beilegen)</i> | <input type="checkbox"/> nein |
| Patientenverfügung vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja <i>(bitte eine Kopie beilegen)</i> | <input type="checkbox"/> nein |
| Patientenverfügung vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja <i>(bitte eine Kopie beilegen)</i> | <input type="checkbox"/> nein |
| Vorsorgeauftrag vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja <i>(bitte eine Kopie beilegen)</i> | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine Beistandschaft? | <input type="checkbox"/> ja <i>(bitte eine Kopie beilegen)</i> | <input type="checkbox"/> nein |

Leben Sie zurzeit:

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> In einem Heim | <input type="checkbox"/> im Spital | <input type="checkbox"/> bei Familienangehörigen | <input type="checkbox"/> im eigenen Haus/Wohnung |
|--|------------------------------------|--|--|

Vertretung (Angehörige / Bezugspersonen / Beistand) Bezugsperson 1:

Primäre Ansprechperson für alltägliche Belange und Fragen der Pflege und Betreuung. Sie erhält regelmässige Informationen über Ereignisse, Anlässe und Angebote für Angehörige.

Name	Vorname
Adresse	
Telefon Nr.:	Handy Nr.:
Verwandtschaftsgrad	E-Mail:

./.

Vertretung (Angehörige / Bezugspersonen / Beistand) Bezugsperson 2:

Sekundäre Ansprechperson für alltägliche Belange. Sie erhält regelmässige Informationen über Ereignisse, Anlässe und Angebote für Angehörige – sofern gewünscht.

Name Vorname
Adresse
Telefon Nr.: Handy Nr.:
Verwandtschaftsgrad E-Mail:

Wünscht regelmässige Informationen der Schiffländi zu erhalten ja nein

Rechnungsempfänger:

Diese Person erhält die Bewohnerabrechnungen und allfälliges verwendetes Hygiene- und Pflegematerial der Schiffländi. Sie agiert als Ansprechpartner in finanziellen und sonstigen administrativen Belangen.

Name Vorname
Adresse
Telefon Nr.: Handy Nr.:
Verwandtschaftsgrad E-Mail:

Wünscht regelmässige Informationen der Schiffländi zu erhalten ja nein

Unterschrift:

Name Vorname
Ort, Datum Unterschrift

Unterschrift der vertretungsberechtigten Person:

Liegt kein Vorsorgeauftrag vor, ist die vertretungsberechtigte Person, sofern diese der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leistet, vom Gesetz in folgender Reihenfolge festgelegt. 1. Ehegatte oder eingetragener Partner, 2. Lebenspartner, 3. Nachkommen, 4. Eltern, 5. Geschwister (vgl. ZGB Art. 382 Abs. 3).

Die vertretungsberechtigte Person bestätigt mit Ihrer Unterschrift die Anmeldung und die Richtigkeit sowie Vollständigkeit obiger Angaben:

Name Vorname
Ort, Datum Unterschrift

Hinweis: Die von Ihnen erhaltenen Angaben werden ausschliesslich für unseren internen Gebrauch verwendet und die Bestimmungen des Datenschutzes werden durch uns eingehalten.

Gränichen, 29.08.2024 – AR/huk