

## Anmeldung Einzug – Almacasa Friesenberg

**Name:**

Ledigname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

Aktuelle Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Zivilrechtlicher Wohnsitz: \_\_\_\_\_

**Vorname:**

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

Kanton: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:**

**Karten Nr.:**

Adresse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

**Mitgl.-Nr.:**

Wünschen Sie, von unserem Heimarzt  
betreut zu werden?  JA  NEIN

Tel. Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Sind Vorkehrungen für eine allfällige Vertretung getroffen worden?**

Patientenverfügung  JA  NEIN\*

Vorsorgeauftrag (durch KESB validiert)  JA  NEIN

Beistandschaft  JA  NEIN

Wir bitten Sie, eine Kopie der vorhandenen Dokumente der Anmeldung beizulegen.

\*Sie finden ein Muster, der für uns wichtigen Patientenverfügung, auf unserer Homepage [www.almacasa.ch/Dokumente](http://www.almacasa.ch/Dokumente)

**Bezugsperson 1**

Primäre Ansprechperson für alltägliche Belange und Fragen der Betreuung und Pflege.

Sie erhält regelmässig Informationen über Anlässe, Ereignisse und Angebote für Angehörige

Name / Vorname: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad\*\* : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Bezugsperson 2**

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

Name / Vorname: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Weitere Kontaktpersonen: Gerne können Sie uns für besondere Situationen auch weitere Bezugspersonen mitteilen, die wir in unsere Adressliste aufnehmen und dem Team des entsprechenden Wohnbereichs weiterleiten.

\*\*Unter "verwandt" verstehen wir auch Mitglieder von Regenbogenfamilien, sowie gleichgeschlechtliche Partnerinnen.

## Rechnungsempfänger

Name : \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Besitzen Sie ein EPD (Elektronisches Patienten Dossier)?  JA  NEIN  
(Falls ja, geben Sie bitte Almacasa Friesenberg die Freigabe!)

Werden voraussichtlich Ergänzungsleistungen für den Aufenthalt im Almacasa erforderlich sein? Falls ja: Innert 14 Tagen muss eine Bestätigung der Falleröffnung durch die Gemeinde (Ausgleichskasse) vorliegen.  JA  NEIN

Wünschen Sie einen privaten Telefonanschluss? (Fr. 20.- / Monat)  JA  NEIN

Bringen Sie Möbel mit?  JA  NEIN

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_

Bringen Sie Radio- und/oder Fernsehapparat mit? (nicht älter als 2 Jahre)  JA  NEIN

Bringen Sie ein Haustier mit? Wenn ja: Welches? \_\_\_\_\_  JA  NEIN

Was tun Sie im Alltag gerne, wenn Sie sich dazu in der Lage fühlen?

\_\_\_\_\_

Diese Anmeldung ist vorsorglich. (Eintrag auf Warteliste)  JA

Der Einzug im Almacasa ist baldmöglichst erwünscht.  JA  
(Wir nehmen mit Ihnen Kontakt auf für den Einzugstermin oder eine Besichtigung.)

Möchten Sie uns noch etwas Wichtiges mitteilen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass wir im Almacasa aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse, unserer Erfahrung und der sehr schlechten Erfolgsquote keine Reanimationen durchführen.

## Datum / Unterschrift

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie das Formular per Post oder E-Mail an die untenstehende Adresse.