

Anmeldung Einzug – Almacasa Oberengstringen

Name:

Ledigname: _____

Geburtsdatum: _____

AHV-Nr.: _____

Aktuelle Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Zivilrechtlicher Wohnsitz: _____

Krankenkasse:

Karten Nr.: _____

Adresse: _____

Hausarzt:

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Vorname:

Zivilstand: _____

Heimatort: _____

Konfession: _____

PLZ / Ort: _____

Mobile: _____

Kanton: _____

Mitgl.-Nr.:

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

Tel. Hausarzt: _____

*Wir empfehlen JA zu wählen, Versicherungsmodell "Freie Arztwahl" notwendig

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

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: _____

Verwandschaftsgrad***: _____

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: _____

Verwandschaftsgrad: _____

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 Partner:innen.

Rechnungsempfänger

Name : _____ Vorname: _____
Adresse: _____ PLZ / Ort: _____
Telefon: _____ Mobile: _____
E-Mail: _____

Wünschen Sie die Rechnung per sicheren E-Mail versand? ☐ JA ☐ NEIN

Wünschen Sie die Rechnung per eBill? (Reduktion Depot) ☐ JA ☐ NEIN

Besitzen Sie ein EPD (Elektronisches Patienten Dossier)? ☐ JA ☐ NEIN
(Falls ja, geben Sie bitte Almacasa Oberengstringen 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

Installation der Geräte über Koaxialkabel, wünschen Sie ein grösseres Senderangebot, wird eine zusätzliche TV Box installiert Abo Preis ab Fr. 59.00/Monat ☐ 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 per E-Mail an die untenstehende Adresse.