

Anmeldung Einzug – Almacasa Regensdorf

Name: _____	Vorname: _____
Ledigname: _____	Zivilstand: _____
Geburtsdatum: _____	Heimatort: _____
AHV-Nr.: _____	Konfession: _____
Aktuelle Adresse: _____	PLZ / Ort: _____
Telefon: _____	Mobile: _____
E-Mail: _____	
Zivilrechtlicher Wohnsitz: _____	Kanton: _____

Krankenkasse: _____	Mitgl.-Nr.: _____
Karten Nr.: _____	
Adresse: _____	
Hausarzt: _____	Wünschen Sie, von unserem Heimarzt betreut zu werden? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Strasse: _____	Tel. Hausarzt: _____
PLZ / Ort: _____	

Sind Vorkehrungen für eine allfällige Vertretung getroffen worden?

Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN*
Vorsorgeauftrag (durch KESB validiert)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Beistandschaft	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> 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

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 Verwandtschaft verstehen wir auch Mitglieder von Regenbogenfamilien, sowie gleichgeschlechtliche Partner*innen.

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 Regensdorf 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? JA NEIN

Wenn JA, welches? _____

Was tun Sie im Alltag gerne, wenn Sie sich dazu in der Lage fühlen.
(z.B. mithelfen beim Kochen, Rüsten oder im Garten etc.)?

Diese Anmeldung ist vorsorglich. JA
(Sie werden von uns auf die Warteliste genommen.)

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

Datum / Unterschrift

Name: _____ Vorname: _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____