

Anmeldung Heimaufenthalt

Wir bitten Sie das Anmeldeformular vollständig auszufüllen, da wir alle hier aufgeführten Angaben zwingend für den administrativen Eintritt in unser Heim benötigen. Wir danken Ihnen herzlichst für Ihre Bemühungen.

| Der grüne Bereich wird durch das Alterswohnheim Thayngen ausgefüllt | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--|--|
| Wohnform | | Aufenthaltsform | | Zuschläge | | Informationen | | |
| Zi/Nr | .. | <input type="checkbox"/> | Tagesaufenthalt | <input type="checkbox"/> | Demenz | <input type="checkbox"/> | Telefonanschluss im Zimmer Tel.: | |
| <input type="checkbox"/> | Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> | Kurzaufenthalte | <input type="checkbox"/> | Auswärtige | <input type="checkbox"/> | eigene Möbel | |
| <input type="checkbox"/> | Doppelzimmer (F) | <input type="checkbox"/> | Daueraufenthalte | .. | | <input type="checkbox"/> | TV Anschluss im Zimmer | |
| <input type="checkbox"/> | Doppelzimmer (T) | .. | .. | | | <input type="checkbox"/> | Internetanschluss im Zimmer | |
| <input type="checkbox"/> | Einzelzimmer Demenzgruppe | | | | | <input type="checkbox"/> | Wäscheversorgung (Heim) | |
| <input type="checkbox"/> | Ehepaarzimmer Demenzgruppe | | | | | <input type="checkbox"/> | Beschriftung der Bewohnerwäsche (Heim) | |
| <input type="checkbox"/> | Ehepaarzimmer m. mobiler Küche | | | | | <input type="checkbox"/> | Wäscheversorgung (privat) | |
| Gewünschtes Eintrittsdatum | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Dringlich (so schnell wie möglich).. | | Ab | | <input type="checkbox"/> | Vorsorglich (Warteliste).. | | |
| Personalien (Bewohner/in) | | | | | | | | |
| Familiennamen | | | | Lediger Name | | | | |
| Vorname | | | | Beruf | | | | |
| Geburtsdatum | | | | Konfession | | | | |
| Zivilstand | | | | AHV-Nummer | | | | |
| Heimatort | | | | Geburtsort | | | | |
| Zivilrechtliche Wohnsitzadresse (Bewohner/in) | | | | | | | | |
| Strasse / Nr. | | | | Mobiltelefon | | | | |
| PLZ / Ort | | | | E-Mail | | | | |
| Tel. | | | | Fax | | | | |
| Gegenwärtiger Aufenthaltsort (Bewohner/in) (Klinik, Spital, Kurhaus, REHA-Klinik, anderes Heim, etc.) | | | | | | | | |
| Aufenthaltsort | | | | Tel. | | | | |
| Strasse / Nr. | | | | E-Mail | | | | |
| PLZ / Ort | | | | Fax | | | | |
| Ärzte | | | | | | | | |
| Hausarzt | | | | | | | | |
| Name/Vorname | | | | Tel. Praxis | | | | |
| Strasse / Nr. | | | | PLZ / Ort | | | | |
| Arzt bei Heimaufenthalt | | | | | | | | |
| Name/Vorname | | | | Tel. Praxis | | | | |
| Strasse / Nr. | | | | PLZ / Ort | | | | |
| Versicherungen | | | | | | | | |
| Krankenkasse | | | | | | | | |
| Gesellschaft | | | | Vers.-Nr. | | | | |
| Strasse / Nr. | | | | Versicherungskarten Nr. | | | | |
| PLZ / Ort | | | | Telefon | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Privatversicherung | | <input type="checkbox"/> | Halbprivatversicherung | | <input type="checkbox"/> | Allgemeine Versicherung | |
| Unfallversicherung nach Invalidenversicherungsgesetz (IVG) | | | | | | | | |
| Gesellschaft | | | | Vers.-Nr. | | | | |
| Strasse / Nr. | | | | Versicherungskarten Nr | | | | |
| PLZ / Ort | | | | Telefon | | | | |
| Haftpflichtversicherung | | | | | | | | |
| Gesellschaft | | | | Policen-Nr. | | | | |
| Strasse / Nr. | | | | Telefon | | | | |

| | | | |
|---|--------------------------------|----------------------------------|--|
| PLZ / Ort | | | |
| Rechnungsempfänger | | | |
| Rechnung an Bewohner/in | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> NEIN (Adresse unten eintragen) |
| Adresse Rechnungsempfänger: | | | |
| Informationen / Dokumente für die Pflege und Betreuung | | | |
| EL-Verfügung vorhanden <small>(wenn ja, Kopie beilegen)</small> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Patientenverfügung <small>(wenn ja, Kopie beilegen)</small> |
| EL-Antrag gestellt <small>(wenn ja, Kopie beilegen)</small> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Krankenkasse <small>(Kopie Leistungsausweis beilegen)</small> |
| Vorsorgeauftrag <small>(wenn ja, Kopie beilegen)</small> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Bezüger HE <small>(wenn ja, Kopie beilegen)</small> |
| Beistandschaft <small>(wenn ja, Kopie beilegen)</small> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Bezüger IV <small>(wenn ja, Kopie beilegen)</small> |
| Nächste Angehörige / Bezugsperson / Vertretung / Beistand <small>(Bitte Verwandtschaftsgrad ausfüllen, z.B. Sohn / Tochter / Enkel / Bekannte...)</small> | | | |
| 1. Bezugsperson (Ansprechperson / Vertrauensperson für die Anmeldung im Heim) | | | |
| Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung: | | | |
| Familienname | | E-Mail | |
| Vorname | | Tel. Privat | |
| Strasse / Nr. | | Tel. Geschäft | |
| PLZ / Ort | | Mobile | |
| 2. Bezugsperson (Vertretung / Beistand) | | | |
| Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung: | | | |
| Familienname | | E-Mail | |
| Vorname | | Tel. Privat | |
| Strasse / Nr. | | Tel. Geschäft | |
| PLZ / Ort | | Mobile | |
| 3. Bezugsperson (Angehörige) | | | |
| Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung: | | | |
| Familienname | | E-Mail | |
| Vorname | | Tel. Privat | |
| Strasse / Nr. | | Tel. Geschäft | |
| PLZ / Ort | | Mobile | |
| 4. Bezugsperson (Angehörige) | | | |
| Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung: | | | |
| Familienname | | E-Mail | |
| Vorname | | Tel. Privat | |
| Strasse / Nr. | | Tel. Geschäft | |
| PLZ / Ort | | Mobile | |
| 5. Bezugsperson (Angehörige) | | | |
| Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung: | | | |
| Familienname | | E-Mail | |
| Vorname | | Tel. Privat | |
| Strasse / Nr. | | Tel. Geschäft | |
| PLZ / Ort | | Mobile | |
| Bemerkungen | | | |
| | | | |

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____

Bewohner/in / Vertretung