



Alterszentrum Sunnetal
Pflege Betreuung Wohnen

Anmeldung

Pflegeheim Sunnetal Pflegewohnung Pfaffhausen

Name, Vorname _____

Heimatort _____

geboren am _____ in _____

Zivilstand _____ seit _____

Wohnadresse bzw.
Aufenthaltsort _____

Telefonnummer _____ Konfession _____

Anzahl Kinder _____ ehemaliger Beruf _____

Kontaktperson:
Name, Vorname _____

Adresse, Tel. _____

Kinder, andere Angehörige oder Vertrauenspersonen:

Name, Vorname _____

Adresse, Tel. _____

Name, Vorname _____

Adresse, Tel. _____

Evtl. gesetzlicher Vertreter:

(Name, _____

Adresse, Tel.) _____

versichert gegen
Krankheit bei
(Kasse, Sektion) _____

Mitglied-Nr. _____ AHV-Nummer _____

Angaben über Krankheiten
oder Behinderungen _____

Hausarzt _____

Benötigen Sie regelmässig Hilfe einer Krankenschwester? _____

Beziehen Sie Hilfslosen-Entschädigung? Ja Nein Welche Stufe? _____

Grund der Anmeldung:
Kurzer Situationsbericht

Wann möchten Sie ins Heim eintreten? _____

Brauchen Sie eine besondere Diät? Welche? _____

Wünschen Sie ein Telefon im Zimmer? _____ Bringen Sie einen Fernsehapparat mit? _____

Bemerkungen

Wem ist die Rechnung für die Pensionskosten zuzustellen? _____

Bewohner-Post Pflegeheim:
Leerung des Bewohner-Briefkastens erfolgt durch Bewohner selbst Angehörige
(Schlüssel wird an entsprechende Person(en) ausgehändigt)

Das Aufnahmegesuch ist vollständig ausgefüllt abzugeben.

Der/Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben, ermächtigt die Zentrumsleitung zur Einholung von Auskünften beim Hausarzt und entbindet diesen von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht.

Ort und Datum:

Unterschrift:

Anmerkung:

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt. Die Entgegennahme dieser Anmeldung bedeutet keine Zusicherung für einen Eintritt. Über die Aufnahme entscheidet die Alterskommission.

Befreiung von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht

Ich, der/die Unterzeichnete, ermächtige meinen Arzt, der Zentrumsleitung des Alterszentrums Fällanden, bzw. der verantwortlichen Heimschwester Auskünfte zu erteilen. Ich entbinde insofern meinen Arzt von der Einhaltung der ärztlichen Geheimhaltungspflicht.

Ort und Datum:

Unterschrift:

Bitte zusammen mit dem Anmeldeformular zurücksenden an

Alterszentrum Sunnetal
Sunnetalstrasse 2a
8117 Fällanden

Pflegewohnung Pfaffhausen
Benglenstrasse 2
8118 Pfaffhausen

(Bitte zutreffendes auswählen)