

Aufnahmegesuch

Personalien

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Heimatort: _____
AHV-Nr.: _____ Staatszugehörigkeit: _____
Zivilstand: _____ Telefon-Nr.: _____
Konfession: _____ Natel-Nr.: _____
Lediger Name der Frau: _____ E-Mail-Adresse: _____

Angehörige/Bezugsperson

(Bitte zwei Kontaktpersonen bestimmen)

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon Privat: _____ Natel-Nr.: _____
E-Mail-Adresse: _____
Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad: _____

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon Privat: _____ Natel-Nr.: _____
E-Mail-Adresse: _____
Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad: _____

Hausarzt

Name: _____ Telefon-Nr. Praxis: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Krankenkasse

Name: _____ Versichertennummer: _____
Kennnummer der Karte (20ig-stellig): _____

Privathaftpflicht

Verfügen Sie über eine Privathaftpflicht-Versicherung? ja nein

Hilfsmittel

Rollator ja nein

Rollstuhl ja nein

Andere Hilfsmittel: _____

Physischer Zustand

Sehschärfe beeinträchtigt: ja nein Gehör eingeschränkt: ja nein

Gewünschte Wohnform

Pensionärabteilung: bei leichter Hilfestellung

Altersheim Haus Oberdorf (Einbettzimmer)

Pflegewohnung - Pflegewohngruppe:

Pflegewohnung Einbettzimmer

Pflegewohnung Zweibettzimmer

Pflegeabteilung: bei Bedarf an umfassender Pflege

Haus Ruggacker Einbettzimmer

Haus Ruggacker Zweibettzimmer

Demenzabteilung

Einbettzimmer

Zweibettzimmer

Dreibettzimmer

Vierbettzimmer

Seniorenresidenz: betreutes Wohnen

1-Zimmer-Studio

2-Zimmer-Studio

Bitte bevorzugtes Wohngeschoss ankreuzen:

Garten- bzw. Untergeschoss

Erdgeschoss (Hochparterre)

1. Obergeschoss

2. Obergeschoss

3. Obergeschoss

keine Wünsche

Ferienbett: Aufenthaltsdauer

von _____ bis _____

Tageszentrum: Aufenthalt

Bevorzugte Anzahl Tage:

1 Tag 2 Tage

3 Tage 4 Tage 5 Tage

Wann möchten Sie eintreten?

So bald wie möglich (Priorität 1)

zu einem späteren Zeitpunkt (Priorität 2)

Hinweis: Bei einem Eintritt so bald als möglich (Priorität 1) benötigen wir ein Arzteugnis.

Bemerkungen:

Ort und Datum:

Unterschrift: