



## Anmeldeformular

Vielen Dank für Ihr Interesse an einem Aufenthalt im Betagtenzentrum Dösselen. Gerne nehmen wir nach Erhalt der Anmeldung Kontakt mit Ihnen auf. Wir freuen uns, Sie kennen zu lernen.

### Personalien

Name, Vorname	<input type="text"/>		
Adresse, PLZ, Ort	<input type="text"/>		
Geburtstag	<input type="text"/>	Rufname	<input type="text"/>
Zivilstand	<input type="text"/>	Nationalität	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Heimatort	<input type="text"/>
Schriften in	<input type="text"/>	seit Datum	<input type="text"/>
AHV-Nr.	756. <input type="text"/>	Konfession	<input type="text"/>

Aktueller Aufenthaltsort	<input type="checkbox"/> Zuhause	<input type="checkbox"/> Sozialmed. Institution (Bsp. Rehaklinik)
	<input type="checkbox"/> Spital	<input type="checkbox"/> Andere <input type="text"/>
Patientenverfügung vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="text"/>
Vorsorgeauftrag vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="text"/>

### Wird vom BZD ausgefüllt

Aufenthaltsart	<input type="checkbox"/> Langzeit	<input type="checkbox"/> Kurzzeit
Eintrittsdatum	<input type="text"/>	Zeit <input type="text"/>
Eintrittstag, Essen (in Cafeteria)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zeit <input type="text"/> Anzahl Begleitpers. <input type="text"/>
Austrittsdatum	<input type="text"/>	Zeit <input type="text"/>
Zimmer	<input type="text"/>	evtl. Verlängerung <input type="checkbox"/>



## Adressen der Angehörigen/ Bezugspersonen

1. Bezugsperson, Verwandtschaftsgrad

Name, Vorname

Adresse, PLZ, Ort

Mobile

E-Mail

Gewünschte Benachrichtigung  Tag  Nacht

2. Bezugsperson, Verwandtschaftsgrad

Name, Vorname

Adresse, PLZ, Ort

Mobile

E-Mail

3. Bezugsperson, Verwandtschaftsgrad

Name, Vorname

Adresse, PLZ, Ort

Mobile

E-Mail

## Postzustellung des Bewohnenden

Wählen Sie eine Arte der Postzustellung aus. Sie haben die Möglichkeit, im BZD einen Briefkasten zu mieten.

An Bewohner  Briefkasten Bewohner  Briefkasten Angehörige  Weiterleiten

Bitte bei Weiterleitung eine Bezugsperson wählen oder die gewünschte Adresse eintragen.

Falls Bezugsperson  1. Bezugsperson  2. Bezugsperson  3. Bezugsperson

Andere  Bitte Name und Adresse eintragen

Name, Vorname

Adresse, PLZ, Ort



## Wohnen

Fernseher im Zimmer  ja  nein  eigener  BZD (nur bei Ferienaufenthalt möglich)

Telefon im Zimmer  ja  nein

Eigenes Natel  ja  Nein Natel-Nr.

Möblierung vom BZD gewünscht (1 Tisch, 2 Stühle)  Ja  nein

Bringen Sie eigene Möbel/ Bilder mit? Wenn ja, wann?  ja  nein

## Gesundheitliche Versorgung

### Pflege und Betreuung

Beziehen Sie Leistungen der Spitex?

ja Falls ja, bitte pflegerische Angaben wie (Pflegerleistungen) bei der Spitex verlangen und uns via Mail an [doesselen@hin.ch](mailto:doesselen@hin.ch) zustellen.

nein

Bestehen Ärztliche Verordnungen? (Physiotherapie, Logopädie etc.)

ja Falls ja, bitte pflegerische Angaben wie (Auftrag, Verordnung) bei den zuständigen Anlaufstellen verlangen und uns via Mail an [doesselen@hin.ch](mailto:doesselen@hin.ch) zustellen.

nein

Sind Sie gegen Covid-19 geimpft?  1/2  2/2  keine

Auffrischimpfung  ja  nein

Impfstoff  Bitte eine Kopie des Impfnachweises beilegen

Impfdatum

### Angaben zum Gesundheitszustand



**Hilfsmittel**

Haben Sie eigene Hilfsmittel?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> andere	
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl		

Benötigen Sie Hilfsmittel vom BZD?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> andere	
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl		

**Allergien**

<input type="checkbox"/> keine bekannt	<input type="checkbox"/> ja, folgende	
--	---------------------------------------	--

**Ernährung**

<input type="checkbox"/> Normale Kost	<input type="checkbox"/> Vegetarisch	<input type="checkbox"/> 1 Portion	<input type="checkbox"/> Selbständig
<input type="checkbox"/> Spezialkost	<input type="checkbox"/> Diabetisches Gericht	<input type="checkbox"/> ½ Portion	<input type="checkbox"/> Essen eingeben

**Angaben Ihrer Krankenkasse**

Bitte Kopie der Krankenversicherungskarte beilegen oder folgende Felder ausfüllen:

Name Krankenkasse	
Adresse	
Versicherten-Nr.	
Karten-Nr.	
Gültig bis	

**Ärztliche Versorgung (Namen, Adressen)**

Bitte bei Hausarzt Diagnose- & Medikamentenliste verlangen und uns via Mail an [doesselen@hin.ch](mailto:doesselen@hin.ch) zustellen.

<b>Hausarzt</b>	
Adresse, PLZ, Ort	
Telefon	
<b>Zahnarzt</b>	
Adresse, PLZ, Ort	
Telefon	



### Finanzierung

Beziehen Sie eine Ergänzungsleistung zur AHV/IV?

ja

nein

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?

ja

nein

wenn ja

kleine

mittlere

grosse

### Zustellung der Rechnung

Wem soll die Rechnung zugestellt werden?

An den Bewohnenden

Falls Bezugsperson

1. Bezugsperson

2. Bezugsperson

3. Bezugsperson

Andere

Bitte Name und Adresse eintragen

Name, Vorname

Adresse, PLZ, Ort

### Persönliche Interessen/ Hobbys

  

### Weitere Bemerkungen

  
  

Mit dieser Anmeldung anerkenne ich die aktuellen Bestimmungen wie Taxordnung, Hausordnung, etc., welche die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben bestätigen.

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Angaben. Bitte senden Sie das Formular an Betagtenzentrum Dösselen, Zielacherstrasse 8, 6274 Eschenbach oder per Mail an [bewohneradministration@doesselen.ch](mailto:bewohneradministration@doesselen.ch)