



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-Nr.	<input type="text"/>	Mobile-Nr.	<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

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Swisscom blue TV inkl. TV-Gerät (ab 1.2.25) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Telefon Festanschluss inkl. Telefonapparat | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Möblierung vom BZD gewünscht (1 Tisch, 2 Stühle) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bringen Sie eigene Möbel/ Bilder mit? Wenn ja, wann? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Gesundheitliche Versorgung

Pflege und Betreuung

Beziehen Sie Leistungen der Spitex?

- | | |
|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ja | Falls ja, bitte pflegerische Angaben wie (Pflegerleistungen) bei der Spitex verlangen und uns via Mail an doesselen@hin.ch zustellen. |
| <input type="checkbox"/> nein | |

Bestehen Ärztliche Verordnungen? (Physiotherapie, Logopädie etc.)

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ja | Falls ja, bitte pflegerische Angaben wie (Auftrag, Verordnung) bei den zuständigen Anlaufstellen verlangen und uns via Mail an doesselen@hin.ch zustellen. |
| <input type="checkbox"/> nein | |

Angaben zum Gesundheitszustand



Hilfsmittel

Haben Sie eigene Hilfsmittel?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> andere	

Benötigen Sie Hilfsmittel vom BZD?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> andere	

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 zustellen.

Hausarzt	
Adresse, PLZ, Ort	
Telefon	
Zahnarzt	
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