

Anmeldung für den Eintritt ins Regionale Pflegeheim Romanshorn

1. Personalien

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Zivilstand: _____

Heimatort: _____ Konfession: _____

Steuerpflichtig (Schriften hinterlegt in): _____

AHV-Nr.: 756. _____

2. Eintritt

Daueraufenthalt gewünschter Eintrittstermin: _____

Befristeter Aufenthalt: von _____ bis _____
(2 - 6 Wochen)

dringende Anmeldung definitive Anmeldung vorsorgliche Anmeldung

3. Gewünschtes Zimmer / Einrichtung

Zweierzimmer Einzelzimmer

(EL-Bezüger benötigen ein ärztliches Zeugnis für die medizinische Notwendigkeit eines Einzelzimmers)

Eigene Möbel: ja nein

Möbelbescrieb: _____

Telefonanschluss: ja nein

Telefonapparat Miete: ja nein

Sonstiges: _____

4. Letzter Aufenthalt

- zu Hause Spital Reha-Klinik andere Institution Psychiatrie
- Spitex-Betreuung vor Eintritt: ja nein

5. Medizinische Versorgung

Hausarzt:

Name, Vorname: _____

Adresse, Ort: _____

Tel.: _____

Wechsel zum Heimarzt: ja nein

Weitere Ärzte:
(Zahnarzt, Augenarzt): _____

6. Versicherungen

Krankenversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Adresse, Ort (Sektion): _____

Zusatzversicherung: ja nein

Name, Adresse, Ort: _____

Versicherungsnummer: _____

Sozialversicherungen:

Ausgleichskasse: _____

Adresse, Ort: _____

Ergänzungsleistung: ja nein ist beantragt

Hilflosen-Entschädigung: ja nein ist beantragt

Privathaftpflicht: _____

Adresse, Ort: _____

7. Korrespondenz

Die Korrespondenz ist an mich zu richten: ja nein

Wenn nein, Kontaktadresse: (bitte Vollmacht beilegen)

Name, Vorname: _____

Adresse, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

8. Finanzielle Angelegenheit

Ich regle meine finanziellen Angelegenheiten selber: ja nein

Die Rechnungen sind an mich zu senden: ja nein

Wenn nein, Kontaktadresse: (bitte Vollmacht oder Urkunde beilegen)

Name, Vorname: _____

Adresse, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

9. Eigene Vorsorge-Patientenverfügung

a. Eigene Vorsorge

Selbständig: ja

von mir bevollmächtigte Person/Treuhand
(Urkunde- oder Vollmachtenkopie beilegen)

nein

Bei Unselbständigkeit (Vertretung bei Handlungs-/Urteilsunfähigkeit):

- nach Vorsorgeauftrag (Kopie beilegen wünschenswert)
- Behördliche Massnahme: Beistandschaft nach Art. Nr.: _____
- gesetzliche Vertretung nach Kaskadenordnung

Bevollmächtigte Vertretung: (bitte Urkunde- oder Vollmachtenkopie beilegen)

Name, Vorname: _____

Adresse, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

b. Patientenverfügung

Patientenverfügung vorhanden: ja
 nein

10. Bezugsadressen

Erste Kontaktperson (engste Bezugsperson):

Name, Vorname: _____

Adresse, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Beziehungsgrad: _____

11. Bemerkungen

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

10.1 Weitere Bezugsadressen

Weitere Angehörige:

Name, Vorname: _____

Adresse, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Beziehungsgrad: _____

Weitere Angehörige:

Name, Vorname: _____

Adresse, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Beziehungsgrad: _____

Weitere Angehörige:

Name, Vorname: _____

Adresse, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Beziehungsgrad: _____

Weitere Angehörige:

Name, Vorname: _____

Adresse, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Beziehungsgrad: _____