



# Anmeldung für Aufnahme ins Pflegeheim SONNHALDE

Name: ..... Geburtsdatum: .....  
 Vorname: ..... Zivilstand: .....  
 Wohnadresse: ..... Konfession: .....  
 PLZ / Ort \*): ..... Heimatort: .....  
 \*(Gesetz. Wohnsitz) Beruf: .....  
 AHV/IV Nr.: 756.....

**Krankenkasse:**.....  
 Adresse: ..... PLZ/Ort: .....  
 Mitglieder-Nr.: .....

## Wer leistet Garantie für die Sicherstellung des Pensionspreises (gemäss Tarifordnung)

Selbst  / Angehörige

**Beistand:**  Umfassende Beistandschaft /  Mitwirkungsbeistandschaft  
 Vertretungsbeistandschaft /  Begleitbeistandschaft (bitte ankreuzen)

Name: ..... Telefon :.....  
 Adresse: ..... Handy :.....  
 ..... E-Mail :.....

## Gesundheitszustand: Überweisungsrapport mit Diagnose und aktuelle Medikation beilegen oder nachsenden.

Arzt / Klinik: .....Adresse: .....  
 PLZ/Ort: ..... Telefon: .....

## Zimmerkategorie:

Einzerrzimmer  Einzerrzimmer mit Dusche / WC  
 Zweierzimmer  Zweierzimmer mit Dusche / WC (bitte ankreuzen)

Wünsche/Bemerkungen:  
 .....

## Dieser Bereich ist von der Leitung Pflege auszufüllen:

Pat-Nr.: ..... Haus: .....  
 Zimmer-Nr.: ..... Stockwerk: .....  
 zuständiger Arzt: ..... einweisende Stelle: .....  
 Eintrittsdatum: ..... Zeit: .....

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Heimleitung, beim zuweisenden Arzt/Aerztin allenfalls medizinische Auskünfte einzuholen. Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt. Es wird ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, dass mit der Entgegennahme dieser Anmeldung noch keine definitive Zusicherung für eine Aufnahme abgegeben wird.

Name/Behörde: ..... Vorname: .....

Datum:..... Unterschrift Bewohner/Garant:.....  
 (ev. mit Stempel Behörde)