

## Bewohneranmeldung Regionales Wohn- und Pflegezentrum Schüpfheim

Vorsorgliche Anmeldung: Hier sind nur die mit \* gekennzeichneten Rubriken auszufüllen

### \*Personalien

Familienname \_\_\_\_\_ Ledigname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_ Heimatort \_\_\_\_\_

Wohnadresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_  Ledig

Verheiratet mit \_\_\_\_\_ Geschieden von \_\_\_\_\_

Verwitwet von \_\_\_\_\_ Getrennt von \_\_\_\_\_

Name / Vorname des Vaters: \_\_\_\_\_

Name / Ledigname / Vorname der Mutter: \_\_\_\_\_

### \*Einzug

\*  Vorsorgliche Anmeldung / Bitte rufen Sie mich an, wenn ein Zimmer frei ist

\*  Vorsorgliche Anmeldung / Ich rufe im WPZ an sobald ich ein Zimmer  
benötige

Einzug sobald ein Zimmer frei ist

Kurzzeitaufenthalt (2 Wochen Kündigungsfrist)  Definitiver Einzug

### \*Zimmerwunsch

Einerzimmer

Zweierzimmer

Einer- oder Zweierzimmer

**\* Einzugsverantwortliche Bezugsperson**

(Kontaktperson bei bevorstehendem Einzug)  künftiger Bewohner; s. Personalien

Oder:

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Wohnadresse \_\_\_\_\_

Beziehung\* \_\_\_\_\_

Telefonnummer Privat \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

\*Ehepartner / Sohn / Tochter / Nichte / Neffe / Bekannter etc.

**Erste Bezugsperson**

(erste Ansprechperson der Familie in pflegerischen Themen)  Bekanntgabe bei Einzug

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Wohnadresse \_\_\_\_\_

Beziehung\* \_\_\_\_\_

Telefonnummer Privat \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse\*\* \_\_\_\_\_

\*Ehepartner / Sohn / Tochter / Nichte / Neffe / Bekannter etc.

\*\*zur regelmässigen Kontaktaufnahme

**Rechnungsempfänger**

(Die Bezahlung der Rechnung erfolgt via LSV)  künftiger Bewohner; s. Personalien

Oder:

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Wohnadresse \_\_\_\_\_

Beziehung\* \_\_\_\_\_

Telefonnummer Privat \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse\*\* \_\_\_\_\_

\*\*zur Bekanntgabe von Anlässen und Veranstaltungen des WPZ

**\*Gesetzlicher Vertreter**

(nur auszufüllen wenn vorhanden; **Entscheid ist beizulegen**)

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Wohnadresse \_\_\_\_\_

Beziehung\* \_\_\_\_\_

Telefonnummer Privat \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse\*\* \_\_\_\_\_

\*Ehepartner / Sohn / Tochter / Nichte / Neffe / Bekannter etc.

\*\*zur regelmässigen Kontaktaufnahme

**\* Diverse Angaben**

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

AHV Nummer: \_\_\_\_\_

**Beziehen Sie eine Hilflosenrente**

(Ab dem Einzug werden Sie bei der Anmeldung und Revision der Hilflosenrente automatisch durch die Stv. Pflegedienstleitung unterstützt.)

Nein       ja, leicht       Ja, mittel       Ja, schwer

**Beziehen Sie Ergänzungsleistung**

Nein       Ja

**Sie haben einen Vorsorgeauftrag** (bitte eine Kopie beim Einzug mitbringen)

Nein       Ja

**Sie haben eine Patientenverfügung** (bitte eine Kopie beim Einzug mitbringen)

Nein       Ja

**Sie sind Mitglied einer Sterbehilfeorganisation** (wenn ja von welcher)

Nein       Ja

Organisation: \_\_\_\_\_

**Sie wurden bisher durch die Spitex betreut** (wenn ja durch welchen Stützpunkt)

Nein       Ja

Stützpunkt: \_\_\_\_\_

## Ärzte

Name und Adresse Hausarzt:

---

Name und Adresse Augenarzt:

---

Name und Adresse Zahnarzt:

---

## Sie wünschen

Ein Telefon

Sie haben ein eigenes Telefon

(Ihre bisherige Telefonnummer kann leider nicht übernommen werden)

## Bemerkungen

### \* Informationsmaterial, das wir Ihnen gerne zusenden:

- Informationen zum Nämele, zur Wäsche und zur Wäscherei für Bewohner und Angehörige
- Checkliste Einzug
- Kleider Checkliste
- Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag-Erklärung und Formular

### Information:

Die Kleidernämeli werden im WPZ angebracht; pauschal Fr. 200.–

Mit der Unterzeichnung dieser Anmeldung bestätigt die Bewohnerin, der Bewohner oder die zuständige Person die aktuell gültige Taxordnung zu kennen und ein Exemplar davon erhalten zu haben.

Im Rahmen von Bedarfsabklärungen erteilt die Bewohnerin / der Bewohner die Einwilligung, dass persönliche Daten über den allgemeinen Gesundheitszustand, Krankheitsverlauf und der vorhandenen Pflegebedürftigkeit bei Ärzten, Spitex, Spitäler etc. eingeholt und aufbewahrt werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in oder Stellvertreter/in

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.