

Anmeldung Heim

Alterszentrum Churfirten
Churfirtenweg 3
CH-9650 Nesslau

Tel. 071 995 65 65
Fax 071 995 65 66
E-mail info@az-churfirten.ch

Name _____
Vorname _____
Adresse _____
PLZ/Wohnort _____
Telefon-Nr. _____

Wir bitten Sie, das Anmeldeformular beidseitig vollständig auszufüllen!

Heimatort: _____ Geburtsdatum: _____
Konfession: _____ Zivilstand: _____
Früherer Beruf: _____ AHV-Nr.: _____
Krankenkasse, Sektion u. Vers.-Nr.: _____
Hausarzt: _____
Meine Schriften sind deponiert in: _____

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Sie Ihren jetzigen Wohnort beibehalten können, sich aber als Wochenaufenthalter in Nesslau anmelden sollten.

Gemeindeverwaltung, Einwohneramt, 9650 Nesslau, Tel. 058 228 76 20.

Die Aufenthaltskosten setzen sich zusammen aus der Pensionstaxe, der Pflege- und Betreuungstaxe und den Privaten Auslagen.

Pensionstaxe: Tagespauschale je nach Grösse und Infrastruktur des Zimmers.
Leistungen gemäss Taxordnung.

Pflege- und Betreuungstaxe: Gemäss Einstufung nach dem RAI-RUG-System.

Private Auslagen: Alle persönlichen Angelegenheiten.

Zimmerausstattung: Bett (inkl. Bettwäsche) und Nachttischchen sowie Vorhänge werden vom Heim zur Verfügung gestellt. Die weitere Zimmerausstattung inkl. Bilder können Sie der Zimmergrösse entsprechend selber gestalten.

Persönliche Gegenstände müssen unbedingt beschriftet (Name und Vorname) sein.
Die Beschriftung aller Textilien übernimmt das Heim. Beim Heimeintritt wird ein Pauschalbetrag verrechnet.

Wer sorgt für Sie, wenn Sie Ihre persönlichen Angelegenheiten einmal nicht mehr selbst regeln können sollten?

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____ Telefon-Nr.: _____

Verfügt die obgenannte Vertrauensperson über die notwendigen Vollmachten? Ja / Nein

Haben Sie einen Beistand? Ja / Nein

Name, Vorname und Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Testament: vorhanden / nicht vorhanden

wenn vorhanden: Wo ist es deponiert? _____

Adressen der nächsten Angehörigen:

Name, Vorname (Tochter, Sohn, etc.?)	Adresse, Wohnort:	Telefon-Nr.
1. _____	_____	_____

2. _____	_____	_____

3. _____	_____	_____

4. _____	_____	_____

5. _____	_____	_____

PLZ/Wohnort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Beilage: Arztzeugnis / Der Hausarzt stellt das Zeugnis direkt zu