



Anmeldeformular betreutes Wohnen

EinwohnerInnen von Brunnen haben Vorrang.

Heutige Wohnsituation

Leben Sie allein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
------------------	-----------------------------	-------------------------------

Personalien

Ehemann / Partner Name, Vorname	Ehefrau / Partnerin Name, Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
AHV-Nummer:	AHV-Nummer:
Zivilstand:	Zivilstand:
Konfession:	Konfession:
Beruf:	Beruf:
Tel. Nr.	Tel. Nr.
Heimatort:	Heimatort:
Strasse:	
PLZ / Wohnort:	

Kranken- und Unfallversicherung	Kranken- und Unfallversicherung
Mitglied-Nr.	Mitglied-Nr.
Hausarzt	Hausarzt

Momentaner Aufenthaltsort

Zu Hause <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Zu Hause <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
anderer	anderer

Sind sie im Erwerbsleben?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Gesundheit

Wo benötigen Sie Hilfe?

Unterstützt Sie zurzeit jemand? Ja Nein

Wenn Ja:

Name

Vorname

Telefonnummer

Kann Kontakt aufgenommen werden Ja Nein

Nächste Angehörige (An erster Stelle bitte Kontaktperson angeben)

Name / Vorname	Adresse / Ort	Telefon / Mobile	Beziehungsgrad
1.			
2.			
3.			
4.			

Wie möchten Sie die

Klingel Hauseingang (Name / Vorname)

Briefkasten (Name / Vorname)

Wohnungsklingel (Name / Vorname)

angeschrieben haben

Sind Sie:

Diabetiker	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Antikoaguliert	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben sie eine Patientenverfügung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wichtige Diagnosen		

Dienstleistungen durch das Alterswohnheim:

Die Wäscherei	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Essen Cafeteria = alle Mahlzeiten mit Essenspauschalen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Essen Cafeteria = Mittagessen täglich	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Essen Cafeteria = vereinzelte Anmeldung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Gewünschter Eintrittstermin _____

Ort / Datum: _____

Unterschrift/en:

