



# Anmeldeformular

**Definitive Anmeldung für Festeintritt** (Bett ist frei und reserviert)

**Ferienaufenthalt** (Bett ist frei und reserviert)

**Aufnahme auf Warteliste** (Sennhof meldet sich, wenn ein entsprechendes Bett frei ist)

**Vorsorgliche Anmeldung** (Angehörige melden sich, wenn der Bedarf für ein Bett besteht)

**Anmeldung Tagesaufenthalt** (*Personalien bis und mit Patientenverfügung ausfüllen*)

## PERSONALIEN

Familienname

Vorname(n)

Geburtsdatum

Heimatorte (für Ausländer: Geburtsort)

Nationalität

Konfession

Zivilstand

AHV-Nr.

Wohnort

dort angemeldet seit

Adresse

Telefon-Nr.

gegenwärtiger Aufenthaltsort

## ÄRZTLICHE BETREUUNG / KRANKENVERSICHERUNG

Krankenversicherung (Name, zuständige Agentur/Geschäftsstelle, Mitglieder-Nr.)  
bitte Ausweiskopie beilegen

Hausarzt (Name, Adresse, Ort, Telefon-Nr.)

Wünschen Sie weiterhin durch Ihren Hausarzt betreut zu werden?

JA

NEIN<sup>\*)</sup>

\*)

Falls Sie NEIN angekreuzt haben, wird Ihre medizinische Betreuung durch unseren Heimarzt sichergestellt.

**KONTAKTPERSONEN / ANGEHÖRIGE**

**1. Person / Gesetzlicher Vertreter**

Familienname / Vorname

\_\_\_\_\_

Adresse / Wohnort

\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.

\_\_\_\_\_

Art des Bezugsverhältnisses

\_\_\_\_\_

**2. Person**

Familienname / Vorname

\_\_\_\_\_

Adresse / Wohnort

\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.

\_\_\_\_\_

Art des Bezugsverhältnisses

\_\_\_\_\_

**3. Person**

Familienname / Vorname

\_\_\_\_\_

Adresse / Wohnort

\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.

\_\_\_\_\_

Art des Bezugsverhältnisses

\_\_\_\_\_

**4. Person**

Familienname / Vorname

\_\_\_\_\_

Adresse / Wohnort

\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.

\_\_\_\_\_

Art des Bezugsverhältnisses

\_\_\_\_\_

**Seelsorger / Rechnungsempfänger**

**Seelsorger**

Familienname / Vorname

\_\_\_\_\_

Adresse / Wohnort

\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.

\_\_\_\_\_

Art des Bezugsverhältnisses

\_\_\_\_\_

**Rechnungsempfänger**

Familienname / Vorname

\_\_\_\_\_

Adresse / Wohnort

\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.

\_\_\_\_\_

Art des Bezugsverhältnisses

\_\_\_\_\_

**WEITERE ANGABEN / BEMERKUNGEN****AUFENTHALTSART**

Aufenthaltsart? Tagesaufenthalt Wochentag \_\_\_\_\_  
 Ferienaufenthalt Datum \_\_\_\_\_  
 Heimeintritt Datum \_\_\_\_\_

**EINTRITT**

Eintritt erfolgt von zu Hause Spital  
 Reha  andere Institution

Spitexunterstützung (zu Hause)  ja nein

Transport erfolgt durch?  privat PW Bus Sennhof  
 Behindertenbus SRK

**DIAGNOSEBLATT / MEDIKAMENTENLISTE**

Um eine optimale Pflege/Behandlung weiterzuführen, benötigen wir ein aktuelles Diagnoseblatt sowie eine aktuelle Medikamentenliste des Hausarztes. *Bitte der Anmeldung beilegen.*

**FINANZIERUNG**

Erhalten Sie bereits eine Hilflosenentschädigung?  ja  nein

Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen?  ja  nein

**ZIMMERKATEGORIE**

Welche Zimmerkategorie wünschen Sie?  Einbettzimmer  
 Zweibettzimmer

**PATIENTENVERFÜGUNG**

Besitzen Sie eine Patientenverfügung?  ja  nein

Möchten Sie eine Patientenverfügung in der Krankenakte hinterlegen?  ja  nein

**KLEIDUNG****Die gesamte persönliche Wäsche muss zwingend gekennzeichnet sein**

Sind die Kleider bereits gekennzeichnet?

- ja  
 nein (muss gegen Verrech. vom Sennhof gemacht werden)

Persönliche Wäsche?

- wird privat gewaschen  wird im Sennhof gewaschen
- 

**WUNSCH ZIMMERAUSSTATTUNG**

Bewohner-Name: \_\_\_\_\_

Zimmer-Nr. \_\_\_\_\_ Station \_\_\_\_\_

**TELEFON**

Telefonanschluss

- ja  nein

Telefonapparat

- privat  Mietapparat PSV

**FERNSEHER**

Fernsehanschluss

- ja  nein

Fernsehapparat

- privat  Mietapparat PSV

**BEI VERÄNDERUNG: Meldung intern an Technischer Dienst und Verwaltung**Bemerkungen  

---

---

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Anmeldung durch: \_\_\_\_\_