



Anmeldeformular

Ich möchte mich für folgende Abteilung anmelden:

- Individuelles Wohnen
 Einzelzimmer Doppelzimmer Bevorzugter Standard: _____
 Wohnen mit Pflege
 Begleitetes Wohnen für Menschen mit Demenz

Gewünschter Einzug: Dringend (1 - 5 Wochen) 2 - 3 Monate
 4 - 6 Monate 6 - 12 Monate

Personalien Bewerber:in

Name _____ Vorname _____
Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____
Geburtsdatum _____ Zivilstand _____
Bürgerort _____ Konfession _____
Tel. Nr. _____ Mobil Nr. _____
SV-Nummer _____
E-Mail _____

Bitte legen Sie eine Kopie Ihres Passes oder Ihrer Identitätskarte bei.

Hausarzt

macht regelmässig Hausbesuche Ja Nein

Name _____ Vorname _____
Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____
Telefon _____ E-Mail _____

Krankenkasse (Grundversicherung)

Name _____
Adresse _____
Versichertenkarte-Nr. _____

Bitte legen Sie eine Kopie der Krankenkassen-Karte bei.

Verschiedene Informationen

Ich habe einen Vorsorgeauftrag Nein Ja (bitte Kopie beilegen)
Ich habe eine Patientenverfügung Nein Ja (bitte Kopie beilegen)
Ich beziehe Ergänzungsleistungen Nein Ja
Ich habe Unterstützung von Spitex Treuhanddienst

Ich bin Allergisch auf _____

Rechnungsstellung an Bewohner:in
Kontaktperson 1 2 3

Angehörige / Bekannte

Kontaktperson 1 (primär Kontakt)

In einem Not- oder Zwischenfall, bei Fragen oder Anliegen kontaktieren wir die als primären Kontakt definierte Person.

Name _____ Vorname _____

Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ Mobil Nr. _____

E-Mail _____ Tel. Nr. _____

Ehepartner:in Partner:in Sohn / Tochter Schwiegersohn / -tochter
 Enkel:in Bekannte:r Beistand Andere _____

Kontaktperson 2

Name _____ Vorname _____

Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ Mobil Nr. _____

E-Mail _____ Tel. Nr. _____

Ehepartner:in Partner:in Sohn / Tochter Schwiegersohn / -tochter
 Enkel:in Bekannte:r Beistand Andere _____

Kontaktperson 3

Name _____ Vorname _____

Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ Mobil Nr. _____

E-Mail _____ Tel. Nr. _____

Ehepartner:in Partner:in Sohn / Tochter Schwiegersohn / -tochter
 Enkel:in Bekannte:r Beistand Andere _____

Der / die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass vor dem Eintritt ein Pflege-, Austritt- oder Arztbericht bei uns eingereicht werden muss. Zudem ist der/dem Unterzeichnenden bewusst, dass ein Eintritt ins Altersheim mit Kosten verbunden ist. Es entstehen Umzugskosten und eine einmalige Eintrittsgebühr.

Die finanzielle Deckung sollte vor dem Eintritt in das AVENTIN geregelt sein. Ausserdem muss vor dem Vertragsabschluss eine Sicherheitsleistung gemäss Taxordnung geleistet werden. Ebenfalls muss bei Eintritt eine Zahlungsermächtigung mit Widerspruch für ihr Bank- (LSV) oder Postkonto (Debit Direct) errichtet werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Bitte folgende Kopien beilegen:

- ID/Pass (Vorder- und Rückseite der Identitätskarte)
- Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite)
- Patientenverfügung
- Vorsorgeauftrag
- Ernennungsurkunde, falls eine Beistandschaft besteht
- Pflege-, Austritt- oder Arztbericht (Diagnosebericht)
- Medikamentenliste