

Anmeldung Heimeintritt

Für den administrativen Teil des Heimeintritts benötigen wir folgende Angaben.
Ergänzend Informationen zum Ausfüllen finden Sie im Anhang.

Personalien künftige Bewohner/in

Name/ Ledigname		Vorname	
Strasse		PLZ/Ort	
Schriften in		Geburtsdatum	
Telefon		AHV-Nummer	756.
Heimatort		Zivilstand	
Beruf		Konfession	

Klärung der Urteilsfähigkeit

Sind sie urteilsfähig? – Unterschrift _____ ja nein

Personalien der entscheidungsberechtigten Person: Medizinische Fragen

Name		Telefon Geschäft	
Vorname		Telefon Privat	
Strasse		Mobiltelefon	
PLZ/Ort		Mailadresse	
Beziehung*		Andere Angaben	

Benachrichtigungen in besonderen Situationen

Zu welchen Zeiten dürfen wir Sie bei Rückfragen oder Informationen kontaktieren?

Am Tag ja nein In der Nacht ja nein
06.00-21.00h 21.00-06.00h

Personalien der entscheidungsberechtigten Person: Finanzielle Fragen

Name		Telefon Geschäft	
Vorname		Telefon Privat	
Strasse		Mobiltelefon	
PLZ/Ort		Mailadresse	
Beziehung*		Andere Angaben	

* Sohn/Tochter, Bruder/Schwester, Enkel/in, Bekannte/r, Beistand/Beiständin etc.

Adresse weiterer Kontaktperson

Name		Telefon Geschäft	
Vorname		Telefon Privat	
Strasse		Mobiltelefon	
PLZ/Ort		Mailadresse	
Beziehung*		Andere Angaben	

Adresse weiterer Kontaktperson

Name		Telefon Geschäft	
Vorname		Telefon Privat	
Adresse		Mobiltelefon	
PLZ/Ort		Mailadresse	
Beziehung*		Andere Angaben	

Adresse des Hausarztes

Name		Telefon Praxis	
Vorname		Fax Praxis	
Adresse		Mobiltelefon	
PLZ/Ort			

Adresse der Krankenversicherung | bitte bei Eintritt Krankenkassen-Karte mitbringen

Name		Telefon	
Adresse		Fax	
PLZ/Ort		Vers.-Nummer	

Weitere Angaben zu Ihrer Person

Patientenverfügung

Haben Sie eine Patientenverfügung? | wenn ja, bei Eintritt eine Kopie bringen ja nein

Reanimation ja nein

Vorsorgeauftrag

Haben Sie einen Vorsorgeauftrag? | wenn ja, bei Eintritt eine Kopie bringen ja nein

Impfungen

Haben Sie einen Impfausweis? | wenn ja, bei Eintritt eine Kopie bringen ja nein

* Sohn/Tochter, Bruder/Schwester, Enkel/in, Bekannte/r, Beistand/Beiständin etc.

Essensunverträglichkeiten

Ich habe eine spezielle Diät oder Kostform Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich habe eine Unverträglichkeit auf bestimmte Lebensmittel Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ihr momentanes Gewicht: _____ und Ihre Grösse: _____

Ihre persönliche Wäsche

Beachten Sie bitte unsere Regeln und Erläuterungen rund um die Wäscheanforderungen.

<input type="checkbox"/>	Persönliche Wäsche Die persönliche Wäsche wird der Institution FOMASO beschriftet übergeben.
<input type="checkbox"/>	Wäschebeschriftung Ich/wir erteilen den Auftrag, alle persönliche Wäsche durch die Institution FOMASO beschriften zu lassen
<input type="checkbox"/>	Flickarbeiten Ich/wir erteilen den Auftrag, möglicherweise defekt werdende, persönliche Wäsche durch die Institution FOMASO flicken zu lassen.

Die/der Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Institution FOMASO, beim Hausarzt und den anderen medizinischen Institutionen nach Bedarf weitere Auskünfte einzuholen.

Ort, Datum		Unterschrift	
------------	--	--------------	--

Erklärungen

Personalien der entscheidungsberechtigten Person: Medizinische Fragen

(evt. gemäss Vorsorgeauftrag und/oder Patientenverfügung). Die aufgeführte Person ist für uns die erste Kontaktperson bei Fragestellungen oder Entscheiden bei pflegerischen, gesundheitlichen oder medizinischen Angelegenheiten.

Personalien der entscheidungsberechtigten Person: Finanzielle Fragen

(evt. gemäss Vorsorgeauftrag). Die aufgeführte Person ist für uns die erste Kontaktperson bei Fragestellungen oder Entscheiden bei administrativen oder finanziellen Angelegenheiten.

Ergänzungsleistungen zur Finanzierung des Aufenthaltes in unserer Institution

Bei Fragen zu Ergänzungsleistungen können Sie sich auf der Website der AKSO informieren oder wir stehen Ihnen auch für erste klärende Fragen zur Verfügung.

Formular für Ergänzungsleistungen:

<https://www.akso.ch/fileadmin/files/Dokumente/onlineschalter/Formulare/4600-Ergaenzungsleistung.pdf>

Vertretung

Via Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung können sie in gesunden Tagen anordnen, was später mit ihnen geschehen soll, wenn sie einmal urteilsunfähig würden. Mit beiden Dokumenten können sie auch Personen beauftragen, später in ihrem Namen zu handeln, wenn bei ihnen selber die Urteilsfähigkeit abhandengekommen ist. Die ernannten Personen dürfen dann auch Entscheide treffen, und zwar verbindlich.

Falls eine urteilsunfähige Person keine Stellvertretungen vorausbestimmt hat, existiert möglicherweise eine Beistandschaft.

Es gilt folgende Kategorien von Vertretungen zu unterscheiden:

- Bevollmächtigte Vertreter
→ von der betroffenen Person selber bestimmt. Das heisst, eigene Vorsorge.
- Behördliche Vertreter/Beistand
→ von der Erwachsenenschutzbehörde eingesetzt. Das heisst, staatliche Massnahme.
- Gesetzliche Vertreter
→ von Gesetzes wegen bestehende Vertretungsverhältnisse, wenn der betroffene Mensch keine eigene Vorsorge getroffen hat und keine staatlichen Massnahmen angeordnet wurden.

Das können sein:

- Allgemeine gesetzliche Vertretung durch Ehepartner und eingetragenen Partner für Vermögens- und Personensorge.
- Vertretung bei medizinischen Massnahmen durch Angehörige/Freunde

Vorsorgeauftrag

Falls sie noch keinen Vorsorgeauftrag erstellt haben und einen erstellen möchten, erkundigen Sie sich im Internet oder z.B. die Pro Senectute (diese Organisation begleitet Menschen im Alter) hilft Ihnen gerne weiter.

Patientenverfügung

Falls sie noch keine Patientenverfügung erstellt haben und eine erstellen möchten, nehmen sie Kontakt mit z.B. der Pro Senectute auf. Weitere Möglichkeiten finden sie im Internet.