

Anmeldung Tagesbetreuung

Tagesaufenthalt 9 – 16 Uhr, Montag – Freitag (an Werktagen)

Ab wann:

Wochentag/-e:

Bemerkung:

Personalien:

Name / Vorname:

AHV-Nr.:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Strasse:

PLZ / Wohnort:

Steuerwohnsitz:

Heimatort:

Vorhandensein offizieller Vertretungsvollmachten

Patientenverfügung Ja Nein

Vorsorgeauftrag Ja Nein

Beistandschaft Ja Nein

Wenn ja, bitte eine Kopie der entsprechenden Vertretungsvollmacht/-en beilegen.

Vertretungsrechte

(vgl. ZGB Art. 378 B) Liegt keine Patientenverfügung, kein Vorsorgeauftrag und keine Beistandschaft vor, ist **die vertretungsberechtigte Person bei medizinischen Massnahmen**, sofern diese der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leistet, vom Gesetz in folgender Reihenfolge festgelegt:

1. Ehegatte oder eingetragene/-r Partner/-in, 2. Lebenspartner/-in, 3. Nachkommen, 4. Eltern, 5. Geschwister

Angehörige:

Bezugsperson 1: Primäre Ansprechperson für persönliche Belange wie Entscheide über medizinische Massnahmen und Fragen zur Pflege und Betreuung. Sie erhält Informationen über Änderungen, Anlässe und Ereignisse.

Name / Vorname:

Beziehungsgrad:

Strasse:

PLZ / Wohnort:

Telefon / Handy:

E-Mail:

Bezugsperson 2: Sekundäre Ansprechperson für persönliche Belange / sofern gewünscht.

Name / Vorname:

Beziehungsgrad:

Strasse:

PLZ / Wohnort:

Telefon / Handy:

E-Mail:

Rechnungsempfänger: Ansprechperson für finanzielle und damit zusammenhängende, administrative Belange.
Diese Person erhält die Heimrechnung. Der Rechnungsempfänger kann identisch mit der Bezugsperson 1 sein.

Name / Vorname:

Beziehungsgrad:

Strasse:

PLZ / Wohnort:

Telefon / Handy:

E-Mail:

Weitere Informationen:

Krankenkasse:

Versicherten-Nr.:

Kopie der Krankenkassenkarte – Vorder- und Rückseite – beilegen.

Hausarzt:

Telefon:

Strasse:

PLZ / Ort:

Ärztliches Zeugnis

Das Wohnheim Sonnenberg ist spezialisiert auf die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. Wir benötigen ein ärztliches Zeugnis, in welchem die Diagnose Demenz sowie weitere Angaben wie aktuelle Medikamente, Anamnese, Allergien/Intoleranz usw. erfasst sind.

Ärztliches Zeugnis

beiliegend

wurde bereits gesendet

Unterschrift:

Die vertretungsberechtigte Person bei medizinischen Massnahmen bestätigt mit ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt das Wohnheim Sonnenberg weitere Auskünfte bei Ärzten und Institutionen einzuholen.

Name / Vorname:

Beziehungsgrad:

Ort und Datum:

Unterschrift: