



## Gesuch um Aufnahme für einen stationären oder temporären Aufenthalt

 **Pflegeheim**
 Kurzaufenthalt / Ferien- beziehungsweise Entlastungsaufenthalt

 Langzeitaufenthalt

 Aufenthalt in der geschützten Demenzstation gewünscht

 **Tages- / Nachtstruktur**
 Tages-/Halbtagesaufenthalt

 Nachtaufenthalt

Wann möchten Sie in unser Heim eintreten?

 dringend oder per \_\_\_\_\_

 oder handelt es sich um eine vorsorgliche Anmeldung?  ja, vorsorglich

(vorsorglich heisst: Sie melden sich, wenn Sie auf die Dringlichkeitsliste möchten, wir unsererseits unternehmen keine weiteren Schritte)

 Zimmerwunsch  1 er-Zimmer  2 er-Zimmer

### Personalien

 Name \_\_\_\_\_  weiblich  männlich

Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_ e-Mail \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Vorname des/der EhegattenIn \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Wer regelt für Sie die finanziellen Angelegenheiten?

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon / e-Mail \_\_\_\_\_

Allenfalls gesetzlicher Vertreter

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon / e-Mail \_\_\_\_\_

Hausarzt

(Name/Adresse) \_\_\_\_\_

Ihre Schriften sind deponiert in \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Von welcher Ausgleichskasse erhalten Sie die AHV-Rente

(Name/Adresse) \_\_\_\_\_



Beziehen Sie

- a) eine Ergänzungsleistung zur AHV-Rente  ja  nein  
b) eine Hilflosenentschädigung  ja  nein

Seit wann sind Sie auf Hilfe von anderen Personen angewiesen? \_\_\_\_\_

Krankenkasse (Name/Sektion und Krankenkassennummer)

\_\_\_\_\_

Krankenkasse Zusatzversicherung (Name/Sektion und Krankenkassennummer)

\_\_\_\_\_

Ich bin Mitglied einer Sterbeorganisation  ja - welcher? \_\_\_\_\_  
 nein

Persönliche Mitteilungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

(wenn Sie nicht eigenhändig unterschreiben können, so ist die Adresse seines/ihrer Vertreters anzugeben)

Für Rückfragen und zur Vereinbarung des Eintrittstermins kann sich das Pflegeheim wenden an:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ e-Mail \_\_\_\_\_

Bezug zu meiner Person (z.B. Tochter/Bekannte) \_\_\_\_\_

Der Anmeldung sind idealerweise beizulegen

- Persönliche Information (Formular)
- Vorsorgeauftrag (siehe Vorlage)
- Patientenverfügung (Formular)

Die Anmeldung bitte senden an

**Sonnhalden**, Regionales Pflegeheim Arbon  
Leitung Pflege und Betreuung  
Rebenstrasse 57  
9320 Arbon

Telefon: 071/447 24 24