



Turm
Matt
Lebenswert wohnen

Anmeldeformular des Alterszentrums Turm-Matt

Wir freuen uns über Ihr Interesse an unserem Alterszentrum. Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus, damit wir Ihre Anmeldung optimal bearbeiten können. Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und gemäß den aktuellen Datenschutzbestimmungen sicher verwahrt. Bei Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.



Persönliche Informationen

Vollständiger Name :

Geburtsdatum: ____ . ____ . _____

Aktuelle Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse (optional):

Familienstand:

- Ledig
 Verheiratet
 Geschieden
 Verwitwet

Notfallkontakte

Bitte geben Sie mindestens einen Notfallkontakte an.

Notfallkontakt 1

Name:

Telefonnummer: _____

Adresse:

Beziehung zum Antragsteller:

Notfallkontakt 2

Name:

Telefonnummer: _____

Adresse:

Beziehung zum Antragsteller:

Einzugswünsche und Unterkunftsoptionen

Aufnahme auf die Warteliste

Wir werden sie Informieren, sobald ein Platz frei wird.

Gewünschtes Einzugsdatum oder Zeitraum (z. B. Frühjahr 2026): _____

Präferenz für Unterkunft:

- Einzelzimmer (dauerhafter Aufenthalt)
- Ferienzimmer (temporäre Betreuung)
- Doppelzimmer (dauerhafter Aufenthalt)
- Feriendoppelzimmer (temporäre Betreuung)



Gesundheitszustand und Pflegebedarf

Aktueller Gesundheitszustand (bitte beschreiben, inkl. Diagnosen):

Mobilitätsstatus:

- Selbstständig gehfähig ohne Hilfsmittel
- Eingeschränkte Mobilität (Nutzung von Gehhilfen, z. B. Stock/Rollator)
- Rollstuhlpflichtig (temporär oder dauerhaft)
- Bettlägerig (überwiegend oder vollständig)

Benötigte Hilfsmittel (bitte zutreffendes Ankreuzen):

- Hörgeräte
- Sehhilfen
- Inkontinenzhilfen
- Gehhilfen (Stock/Rollator)
- Rollstuhl
- Spezielle Matratzen
- Sonstige: _____

Besondere medizinische Versorgung

- Diabetiker/in
- Insulinpflichtig
- Wundversorgung
- Dialyse
- Weiters _____

Hausarzt

(Name, Adresse, Telefonnummer):

Facharzt / Zahnarzt

(Name, Adresse, Telefonnummer):



Aktuelle Medikation Bitte Aufführen oder Verordnung beileigen.

Medikamentenallergien

Prioritätskriterien

Dringlichkeitsstufe (bitte wählen):

- Stufe 1: Akuter medizinischer Bedarf (z. B. Krankenhauserlassung)
- Stufe 2: Erhöhter Betreuungsbedarf (z. B. Demenz, Mobilitätseinschränkungen)
- Stufe 3: Präventive Anmeldung (kein aktueller Pflegebedarf)
- Stufe 4: Aufnahme auf die Warteliste

Wohnsitz im Kanton Schwyz:

- Ja
- Nein

Zusätzliche Dienstleistungen und Administrative Informationen

Bitte kreuzen Sie die gewünschten Dienstleistungen an:

- Physiotherapie (nach ärztlicher Verordnung)
- Podologie (professionelle Fußpflege)
- Coiffeur (Friseurdienste)
- Aktivierungsprogramm (z. B. Gedächtnistraining, Musiktherapie, Basteln)
- Seelsorge/Gottesdienste (bitte Konfession angeben): _____

Diätanforderungen/Essenswünsche (z. B. medizinisch, religiös):



Krankenversicherung:

Name der Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Kartenummer: _____

Rechtsvertreter/Bevollmächtigter (falls vorhanden):

Name: _____

Kontaktdaten: _____

Telefon: _____

Kostenträger, Dokumente und Bestätigung

Kostenträger:

- Selbstzahler
 Sozialhilfe / Ergänzungsleistungen
 Andere: _____

Können sie die Vorauszahlung von 10.000 CHF sicherstellen

- Ja
 Nein
 Rechnungsempfänger falls abweichend
-
-

Erforderliche Dokumente (bitte beifügen):

- Kopie ID
 Kopie Krankenversicherungskarte
 Vorsorgevollmacht/Betreuungsurkunde (falls vorhanden)
 Aktuelle ärztliche Berichte (letzter Spitalaufenthalt falls vorhanden)
 Medikamentenplan

Einverständnis zur Datenverarbeitung:

Ich erlaube dem Alterszentrum Turm-Matt, meine persönlichen und gesundheitsbezogenen Daten für die Wartelistenverwaltung und Betreuungsplanung zu speichern und zu verarbeiten.

Unterschrift des Antragstellers: _____

Datum: ____ . ____ . _____

Unterschrift des Rechtsvertreters (falls zutreffend): _____

Datum: ____ . ____ . _____

Hinweise:

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: Alterszentrum Turm-Matt, Bahnhofstrasse 16, 8832 Wollerau
oder per E-Mail an: info@az-turmmatt.ch

Bei Fragen stehen wir ihnen jeder Zeit zur Verfügung unter 044 787 09 09