

## Anmeldung für das Alterszentrum Turm-Matt

|               |       |               |       |
|---------------|-------|---------------|-------|
| Name          | _____ | Vorname       | _____ |
| Strasse       | _____ | PLZ-Ort       | _____ |
| Geburtsdatum  | _____ | Heimatort     | _____ |
| Zivilstand    | _____ | Konfession    | _____ |
| Telefon       | _____ | AHV-Nr.       | _____ |
| Zuweisung von | _____ | Kontaktperson | _____ |

**Bei Ehepaaren bitte Name und Vorname des Partners angeben**

|                      |  |       |
|----------------------|--|-------|
| Steuerdomizil        | Seit:  | _____ |
| Geburtsort           |  | _____ |
| Krankenkasse         |  | _____ |
| Mitglied-Nr./Sektion |  | _____ |
| Amtlicher Beistand   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wer: | _____ |

**Name Hausarzt Tel. Nr.**

|                 |       |
|-----------------|-------|
| Gewünschtes     | _____ |
| Eintrittsdatum: | _____ |

**Aufenthalt:** Langzeit  Kurzzeit

| Nächste Angehörige | 1. Priorität | 2. Priorität |
|--------------------|--------------|--------------|
| Name               |              |              |
| Beziehungsgrad     |              |              |
| Adresse            |              |              |
| Telefon            |              |              |
| E-Mail             |              |              |

| 1. Bereich Pflege / Aktivierung (ES) Vertretung (HM)   | Visum |
|--|-------|
| <p>Dokumente angefordert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychischer Zustand, Schlafverhalten:</li> <li>• Umgang Angehörige/Bewohner mit Pflegepersonal:</li> <li>• Wunden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein      Sauerstoff: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</li> <li>• Freiheitsentziehende Massnahmen Bettgitter: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</li> <li>• Rollstuhl: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein      Rollator: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</li> <li>• Welches Zimmer kommt in Frage: <input type="checkbox"/> 1-er <input type="checkbox"/> 2-er</li> <li>• Mahlzeiten: <input type="checkbox"/> EG <input type="checkbox"/> auf der Station</li> <li>• Diät: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein      Allergien: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</li> <li>• Wäsche anschreiben <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</li> </ul> |       |

| 2. Bereich Finanzen (RB) Vertretung (SB/AF)   | Visum |
|---|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzielle Situation: <input type="checkbox"/> Unbedenklich <input type="checkbox"/> Abklärungen notwendig*</li> <li>• Rechnungsempfänger: _____</li> <li>• Über Vorschussleistung informiert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</li> </ul> <p>*Beratungsstelle Pro Senectute Ausserschwyz,<br/>ruth.schaerer@sz.prosenectute.ch / Tel. 055 451 50 62</p> |       |

| 3. Bereich Pflege / Aktivierung (ES) Vertretung (HM)                   | Visum |
|--|-------|
| <p>Kontakt mit: _____</p> <p>Eintrittstag Datum: _____ Zeit: _____</p> |       |

| 4. Bereich Hauswirtschaft (PK) / Technik, Infrastruktur (MG/TK)   | Visum |
|---|-------|
| <p>Kabelfernsehen Anschluss: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein      Telefon Anschluss: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Telefon Gerätemiete: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Zimmer gereinigt am: _____      Zimmer ist bezugsbereit ab: _____</p> |       |