

Anmeldung für das Alterszentrum Turm-Matt

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

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		

Stiftung Alterszentrum Turm-Matt

1. Bereich Pflege und Aktivierung (ES) Vertretung (HM/HT/AV)	Visum
Dokumente angefordert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • Psychischer Zustand, Schlafverhalten: • Umgang Angehörige/Bewohner mit Pflegepersonal • Wunden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sauerstoff: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • Freiheitsentziehende Massnahmen Bettgitter: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • Rollstuhl: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Rollator: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • Welches Zimmer kommt in Frage: <input type="checkbox"/> 1-er <input type="checkbox"/> 2-er • Mahlzeiten: <input type="checkbox"/> EG <input type="checkbox"/> auf der Station • Diät: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Allergien: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • Wäsche anschreiben <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

2. Bereich Finanzen (RB) Vertretung (SB)	Visum
• Finanzielle Situation: <input type="checkbox"/> Unbedenklich <input type="checkbox"/> Abklärungen notwendig • Rechnungsempfänger: _____ • Über Depotleistung informiert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

3. Bereich Pflege/Aktivierung (ES) Vertretung (HM/HT/AV)	Visum:
Kontakt mit: _____ Eintrittstag Datum: _____ Zeit: _____	

4. Bereich Technik/Infrastruktur SG Vertretung (SB)	Visum:
Kabelfernsehen Anschluss: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Telefon Anschluss: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Telefon Gerätemiete: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Zimmer gereinigt am: _____ Zimmer ist bezugsbereit ab : _____	