

Anmeldevertrag

zur zeitlich unbefristeten Aufnahme ins Alters- und Pflegeheim Weingarten.
Für Feriengäste gilt ein Aufenthalt von mindestens 14 Tagen.
Das Heimreglement und das Taxblatt sind Bestandteil dieses Vertrages.

Name:	Vorname:		
Geburtsdatum:	AHV-Nr.:		
Schriften in Gemeinde:	<i>Bitte Kopie eines gültigen Ausweises beilegen.</i>		
Strasse und Wohnort:			
Telefon:	Früherer Beruf:		
Zivilstand:	Konfession:		
Hausarzt:			
Krankenkasse: <i>Bitte Kopie der Karte beilegen.</i>	Mitglieder-Nr.:		
Patientenverfügung vorhanden	<input type="radio"/> ja <i>bitte Kopie beilegen</i> <input type="radio"/> nein, bitte auswählen →	<input type="radio"/> interne Patientenverfügung oder <input type="radio"/> stellvertretende Notfallverfügung	
Art des gewünschten Eintrittes:	<input type="radio"/> vorsorglich	<input type="radio"/> dringend	<input type="radio"/> Ferienzimmer
Gewünschtes Datum:			
Wird die Ausstattung des Zimmers mitgebracht?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zum Teil
Ich wünsche einen Telefonanschluss	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<i>Die persönliche Telefonnummer wird zugeteilt; siehe Taxblatt</i>			
Ich bin damit einverstanden, dass persönliche Fotos zu internen Zwecken und für öffentliche Berichte verwendet werden.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	

Das Behandlungskonzept wurde ausgefüllt (siehe Dokumentenmappe oder auf unserer Homepage unter Downloads).

Das Einzelzimmer wird gemäss Absprache zugeteilt. Öffentliche Räume werden gemeinsam genutzt. Auf Wunsch kann ein Eingangs-, Zimmer-, Briefkastenschlüssel bezogen werden.

Die Wäsche wird intern gepatcht und ist bei Festeintritt obligatorisch, bei Ferieneintritt möglich. Das Waschen der Wäsche ist in der Hotellerietaxe inbegriffen; siehe Taxblatt.

Wer ist zuständig für die Finanzen / Rechnungsadresse:

Name	Vorname	Tel.nr. P.:
Adresse:		Mobile:
		Telnr. G.:
Verwandtschaftsgrad:		

IBAN-Nr. für die Rückerstattung der Vorauszahlung oder Kopie der Bankkarte beilegen:

Anmeldevertrag

Wer ist zuständig für den mutmasslich letzten Willen (medizinische, letzte Versorgung):

Name	Vorname	Tel.nr. P.:
Adresse:		Mobile:
		Telnr. G.:
Verwandtschaftsgrad:		

Weitere Vertrauenspersonen:

Name	Vorname	Tel.nr. P.:
Adresse:		Mobile:
		Telnr. G.:
Verwandtschaftsgrad:		

Name	Vorname	Tel.nr. P.:
Adresse:		Mobile:
		Telnr. G.:
Verwandtschaftsgrad:		

Der Zutritt von Sterbehilfeorganisationen wird nicht gewährleistet; siehe Artikel 9.4 im Heimreglement.

Haben Sie Fragen zur Finanzierung? Melden Sie sich bitte bei der Heimleitung.

Für den Aufenthalt im Weingarten benötigen die Heimbewohner und Feriengäste eine private Haftpflichtversicherung.

Jeder Anmeldung ist eine eigene oder die ausgefüllte interne Patientenverfügung oder die stellvertretende Notfallverfügung sowie das ausgefüllte Behandlungskonzept beizulegen.

Ort und Datum:

Unterschrift Heimbewohner:	Unterschrift Vertretung:
----------------------------	--------------------------