

Das Heimreglement, Hotellerie- und Pflorgetaxen sind Bestandteil dieses Vertrages.

Ausweis, Krankenkassenkarte und Patientenverfügung oder Behandlungskonzept bitte beilegen.

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Zivilstand:
Heimatort/Herkunftsland:	Konfession:
Adresse:	PLZ/Ort:
Telefon:	Früherer Beruf:
Hausarzt:	Telefon:
Eintritt am: geplant ____ . ____ . ____	effektiv ____ . ____ . ____
O Heimbewohner/in	O Feriengast (Minstdauer nach Reglement)
	O befristeter Aufenthalt bis: ____ . ____ . ____
	O unbefristeter Aufenthalt Maximaldauer und Kündigungsfrist nach Reglement.
Wird die Ausstattung des Zimmers mitgebracht? <i>Persönliche Ausstattung und Wertgegenstände bei Eintritt auflisten.</i>	O ja O nein O teilweise
Ich wünsche einen Telefonanschluss	O ja O nein
Ich wünsche einen Telefonapparat	O ja O nein
Ich wünsche einen Fernseher	O ja O nein
Ich wünsche einen Kühlschrank	O ja O nein
Zimmerschlüssel erwünscht	O ja O nein

Der Zimmerpreis liegt innerhalb der EL Höchstattaxe und kann je nach Zimmer variieren und sich während des Aufenthalts bei Zimmerwechsel oder kantonalen Taxanpassungen verändern. Die aktuellen Preise sind in unserer Taxordnung. Die Zimmerzuteilung wird in Absprache festgelegt, die öffentlichen Räume werden gemeinsam genutzt. Die Beschriftung der persönlichen Wäsche (patches) wird beim Eintritt vorgenommen und verrechnet, wenn die Wäsche vom Heim gewaschen wird und dies bis spätestens am Eintrittstag nicht anders gewünscht wird. Ein- und Austrittsgebühren, Endreinigungspauschalen und weitere Preise und Gebühren sind aus der Hotellerie- und Pflorgetaxordnung zu entnehmen. Persönliche Daten und vertrauliche Informationen werden zu medizinischen Zwecken oder zur Rechnungsstellung mit Dritten ausgetauscht. Ohne vorgängigen Widerspruch können Fotos für interne und öffentliche betriebliche Zwecke gemacht und genutzt werden.

Patientenverfügung vorhanden	O ja	O nein	
Bezieht Hilflosenentschädigung	O ja	O nein	O in Abklärung
Bezieht IV Leistungen	O ja	O nein	O in Abklärung
Gutsprache für Ergänzungsleitung	O ja	O nein	O in Abklärung
Persönliche Haftpflichtversicherung vorhanden	O ja		O wird durch BW beantragt
Beistandschaft gewünscht	O ja	O nein	O in Abklärung O vorhanden
Finanzielle Unterstützung gewünscht	O ja	O nein	O in Abklärung O vorhanden

Anmeldevertrag

Rechnungsempfänger medizinische und persönliche Anliegen
 weitere Vertrauensperson Beistand Verwandtschaftsgrad: _____

Name	Vorname	Tel.nr. P.:
Adresse:	PLZ/Ort:	Mobile:
E-Mail:		Tel.nr. G.:

Rechnungsempfänger medizinische und persönliche Anliegen
 weitere Vertrauensperson Beistand Verwandtschaftsgrad: _____

Name	Vorname	Tel.nr. P.:
Adresse:	PLZ/Ort:	Mobile:
E-Mail:		Tel.nr. G.:

Rechnungsempfänger medizinische und persönliche Anliegen
 weitere Vertrauensperson Beistand Verwandtschaftsgrad: _____

Name	Vorname	Tel.nr. P.:
Adresse:	PLZ/Ort:	Mobile:
E-Mail:		Tel.nr. G.:

Briefe und Postsendungen Aushändigen an Bewohner Aufbewahren zur Abholung Weiterleiten an:

Erweiterte Kostengutsprache gültig ab: ____:____:_____ (rückwirkend kann keine Kostengutsprache herabgesetzt werden, Änderungen erst per nächster Rechnungsperiode gültig)	<input type="checkbox"/> Taschengeld	<input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> _____ Fr.
	<input type="checkbox"/> Cafeteria	<input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> _____ Fr.
	<input type="checkbox"/> Coiffeur	<input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> _____ Fr.
	<input type="checkbox"/> Fusspflege	<input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> _____ Fr.
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> _____ Fr.

Ort und Datum:

Unterschrift Heimbewohner/in / Feriengast:	Unterschrift:
---	----------------------

(Vertretung/Rechnungsempfänger/Vertrauensperson)