

Anmeldung

- Alters- und Pflegeabteilung**
- Rosegarte (betreute Wohngruppe)**
- verbindliche Anmeldung**
- vorsorgliche Anmeldung (Warteliste)**

Gewünschter Eintrittstermin: _____

Name _____ Vorname _____

Lediger Name _____ Geburtsdatum _____

Zivilstand _____ Konfession _____

Strasse _____ Wohnort _____

Telefon-Nr. _____ AHV-Nr. _____

Früherer Beruf _____ Bürgerort _____

Gesetzlicher Wohnsitz (Steuerdomizil) _____

hier wohnhaft seit: _____

Ehegatte/Söhne/Töchter

Name & Vorname, Adresse, Telefon- & Natel-Nr., Mailadresse

Andere Bezugspersonen (bitte angeben in welchem Beziehungsverhältnis)

Name & Vorname, Adresse, Telefon- und Natel-Nr., Mailadresse

- Beziehen Sie Ergänzungsleistungen Ja Nein
- Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung Ja Nein
- Haben Sie eine Patientenverfügung? Ja Nein
- Besteht ein Vorsorgeauftrag? Ja Nein
- Wird ein TV-Apparat gewünscht?? Ja Nein
- Wenn ja, wird eigenes Gerät ins Sunneziel mitgebracht? Ja Nein
- Wird ein Telefon gewünscht? Ja Nein
- Wird Eintrag auf local.ch gewünscht (Kosten CHF 20 pro Jahr) Ja Nein
- Wird der Vertrag durch eintretende Person selber unterschrieben? Ja Nein
- Wenn nein, durch wen? _____
- Wird Finanzielles selbst erledigt Ja Nein
- Wenn nein, durch wen? _____
- Hausarzt _____
- Krankenkasse _____
- Versicherungsnummer _____

Gesundheitszustand

- Brauchen Sie Hilfe um sich fortzubewegen Ja Nein
- Sind Sie beim An- und Auskleiden auf Hilfe angewiesen Ja Nein
- Brauchen Sie Hilfe beim Duschen Ja Nein
- Benötigen Sie Hilfe beim Essen Ja Nein
- Brauchen Sie Diätkost Ja Nein
- Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten Ja Nein
- Wenn ja, auf was? _____

Bemerkungen _____

Impfung Covid 19

Impfung Ja Nein

Datum 1. Impfung:..... Datum 2. Impfung:.....

Genesung Ja Nein Isolationsende Datum:.....

Bei Personen mit Wohnsitz außerhalb von Meggen muss beim Eintritt ins Sunneziel Meggen ein unterschriebenes Steuerformular vorhanden sein.

Der/Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der aufgeführten Angaben und ermächtigt das Sunneziel Meggen, nach Bedarf beim Hausarzt medizinische Auskünfte einzuholen. Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Durch Sunneziel Meggen auszufüllen:
Anmeldung eingegangen am:

.....