

## Anmeldung

- Alters- und Pflegeabteilung**
- Rosegarte (geschlossene Demenzwohngruppe)**
- 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 der Vertrag durch eintretende Person selber unterschrieben?  Ja  Nein
- Wenn nein, durch wen? \_\_\_\_\_
- Wird Finanzielles selbst erledigt?  Ja  Nein

Wenn nein, durch wen? \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Name Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Krankenkassennummer \_\_\_\_\_

**(Nr. 8 auf Krankenkassenkarte, 20stellige Zahl beginnend mit 8)**

### Gesundheitszustand

Unruhe in der Nacht (Schlaf)  Ja  Nein

Bemerkung zu Schlafqualität:.....

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? \_\_\_\_\_

Komplexe häusliche oder/und soziale Situation  Ja  Nein

**Bemerkungen** \_\_\_\_\_

### Impfung Covid-19 / Covid-Zertifikat

Datum 2. Impfung:..... Datum 3. Impfung:.....

Zertifikat gültig bis:..... Gültiges Zertifikat bitte mit Anmeldung mitsenden.

*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:.....