

Anmeldung

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alters- und Pflegeabteilung | <input type="checkbox"/> Verbindliche Anmeldung |
| <input type="checkbox"/> Rosegarte
(geschlossene Demenzwohngruppe) | <input type="checkbox"/> Vorsorgliche Anmeldung
(Warteliste) |

Gewünschter Eintrittstermin: _____

Name _____ Vorname _____

Lediger Name _____ Geburtsdatum _____

Zivilstand _____ Konfession _____

Strasse _____ Wohnort _____

Telefon-Nr. _____ AHV-Nr. _____

Früherer Beruf _____ Bürgerort _____

Gesetzlicher Wohnsitz (Steuerdomizil) _____

Bei Personen mit Wohnsitz außerhalb von Meggen muss beim Eintritt ins Sunneziel Meggen eine aktuelle Steuereinschätzung vorhanden sein.

Hier wohnhaft seit: _____

Nahestehende und berechtigte Angehörige / Bezugspersonen

Verhältnis: **Name, Vorname, Adresse, Telefon-/ Handy-Nr., Mailadresse**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Obige Personen sind berechtigt, die erforderlichen Personen- und Gesundheitsdaten, welche für eine reibungslose Zusammenarbeit sorgen, zu erhalten. Siehe Datenschutzgesetz auf unserer Homepage <https://www.sunneziel.ch/node/966>



Beziehen Sie Ergänzungsleistungen Ja Nein

Wird der Vertrag durch eintretende Person selbst unterschrieben? Ja Nein

Wenn nein, durch wen? _____

Wird Finanzielles selbst erledigt? Ja Nein

Wenn nein, durch wen? Name, Vorname, Adresse _____

Haben Sie eine Patientenverfügung / Vorsorgeauftrag/ Vollmacht? Ja Nein

Kopie beilegen

Welche Person ist als 1. Vertretungsperson benannt: _____

Wird ein TV-Apparat gewünscht? Ja Nein

Wenn ja, wird eigenes Gerät ins Sunneziel mitgebracht? Ja Nein

Wird ein Telefon gewünscht? Ja Nein

Hausarzt _____

Krankenkasse _____

Versicherungsnummer _____

Krankenkassennummer _____

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

Aktueller Gesundheitszustand und Unterstützungsbedarf

Komplexe häusliche oder/und soziale Situation Ja Nein

Desorientiertheit Voll orientiert Leicht Erheblich

Unruhe in der Nacht (Schlaf) Ja Nein

Mobilität: Selbständig Mit Hilfe

Hilfsmittel Rollator Rollstuhl

Hilfe beim An- und Auskleiden Ja Nein

Körperpflege Duschen, Baden, Waschen Selbständig Mit Hilfe

Toilettengang Selbständig Mit Hilfe

Inkontinenz Urin Stuhl

Ernährung Normale Kost Spezielle Kost

Allergien/Unverträglichkeiten Nein Ja, welche: _____

Sehen: Brille Kontaktlinsen

Hören: Hörgerät Links Rechts

Der/Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der aufgeführten Angaben und ermächtigt das Sunneziel Meggen, nach Bedarf beim Hausarzt oder anderen Institutionen (z. Bsp. Spitex, Spital etc.) medizinische Auskünfte einzuholen. Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Durch Sunneziel Meggen auszufüllen. Anmeldung eingegangen am:.....

Aktualisiert 06.12.23_lf