

Anmeldung

Bitte füllen Sie dieses Formular möglichst **vollständig** aus

Das Zuhause im Alter

SUNNEHOF

Kopie der Identitätskarte/Pass & Krankenkassenkarte bitte beilegen.

Daueraufenthalt

Der Heimeintritt ist definitiv und der Zeitpunkt steht fest. Die Anmeldung ist verbindlich und muss **mind. 7 Tage vor Eintritt** dem Sunnehof vorliegen.

Wunsch-Termin:

- so rasch wie möglich
- innerhalb von 2-3 Monaten
ca.
- innerhalb von 6-12 Monaten
ca.

Ferienaufenthalt

Der Ferienaufenthalt ist ein befristetes Wohnen als Feriengast. Beispielsweise zur Rekonvaleszenz nach einem Spitalaufenthalt, zur Entlastung von Angehörigen oder zum Probewohnen. Die **Mindestaufenthaltsdauer** beträgt **14 Tage**. Bei Bedarf und Möglichkeit kann der Ferienaufenthalt auch verlängert werden. Bitte geben Sie das gewünschte Ein- und Austrittsdatum an.

Wunsch-Termin:

Eintritt _____
Austritt _____

Vorsorgliche Anmeldung

Ein Heimeintritt ist in naher Zukunft noch nicht vorgesehen, aber Sie können sich vorstellen, zur gegebenen Zeit bei uns im Sunnehof zu leben. Teilen Sie uns mit, sobald sich ein Heimeintritt definitiv abzeichnet. Sollten Sie eine andere Lösung finden, sind wir dankbar, wenn Sie uns informieren und Ihre Anmeldung zurückziehen.

Personalien

Kopie Identitätskarte oder Pass bitte beilegen

Name	_____	Zivilstand	_____
Vorname	_____	Konfession	_____
Strasse	_____	Heimatort	_____
PLZ + Ort	_____	Geburtsort	_____
Telefon	_____	früherer Beruf	_____
Handy	_____	Grösse	_____ cm
Email	_____	Gewicht	_____ kg
Geb. Datum	_____	Haarfarbe	_____
AHV-Nr.	756. _____	Augenfarbe	_____
		Bes. Merkmale	_____

Meine Schriften sind deponiert in _____ **Kopie Schrifteneingangsschein bitte beilegen**

Gegenwärtiger Aufenthaltsort _____

SUNNEHOF – Das Zuhause im Alter

Anmeldung

Bitte füllen Sie dieses Formular möglichst **vollständig** aus

Das Zuhause im Alter

SUNNEHOF



Angehörige und Vertrauenspersonen

→ Bitte unbedingt auch – wo vorhanden- die **Email-Adressen** angeben – besten Dank!

1. Bezugsperson = Primärangehöriger

Name _____
Vorname _____
Strasse _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
Handy _____
E-Mail _____
Verwandtschaftsgrad _____

2. Bezugsperson

Name _____
Vorname _____
Strasse _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
Handy _____
E-Mail _____
Verwandtschaftsgrad _____

3. Bezugsperson

Name _____
Vorname _____
Strasse _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
Handy _____
E-Mail _____
Verwandtschaftsgrad _____

4. Bezugsperson

Name _____
Vorname _____
Strasse _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
Handy _____
E-Mail _____
Verwandtschaftsgrad _____

5. Bezugsperson

Name _____
Vorname _____
Strasse _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
Handy _____
E-Mail _____
Verwandtschaftsgrad _____

6. Bezugsperson

Name _____
Vorname _____
Strasse _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
Handy _____
E-Mail _____
Verwandtschaftsgrad _____

Anmeldung

Bitte füllen Sie dieses Formular möglichst **vollständig** aus

Das Zuhause im Alter

SUNNEHOF



Hausarzt und Krankenkasse

Hausarzt

Name _____
Vorname _____
Praxis _____
Strasse _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
Handy _____
Email _____

Krankenkasse

Versicherung _____
Vers. Nr. _____

- Vers. Art
- Allgemein ganze Schweiz
 - Allgemein Wohnkanton
 - Halbprivat
 - Privat

Kopie der Versicherungskarte und -police bitte beilegen.

Zimmer-Wunsch

Altbau (Haupthaus)

verschiedene Zimmergrössen vgl. Taxordnung

- Waldsicht (Fenster gegen Norden)
- Seesicht (Fenster gegen Süden)
- Eckzimmer (Fenster gegen Osten)

- Appartement mit Seesicht & Terrasse

Neubau

einheitliche Zimmergrössen

- Bergsicht - Pilatus & Sunnehof-Garten (Fenster gegen Westen)
- Demenz-Abteilung

Persönliche Wünsche

Anmeldung

Bitte füllen Sie dieses Formular möglichst **vollständig** aus

Das Zuhause im Alter

SUNNEHOF

Beistandschaft

Besteht eine Beistandschaft?

Ja *Kopie Beistandschaftsbeschluss bitte beilegen* Nein

Beistandsbehörde _____

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Handy _____

Email _____

Finanzielles

A) Ich erledige meine finanziellen Angelegenheiten **selbständig und ohne Hilfe**. Ich bin Rechnungsempfänger.

Sollte ich nicht mehr selber in der Lage sein oder im Notfall (z.B. bei Spitalaufenthalt) übernimmt folgende Vertrauensperson meine finanziellen Angelegenheiten:

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Handy _____

Email _____

Bezug zu meiner Person _____

B) Meine finanziellen Angelegenheiten erledigt folgende von mir **bevollmächtigte Vertrauensperson**. Diese erhält die Rechnungen:

(Kopie der Vollmacht bitte beilegen)

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Handy _____

Email _____

Bezug zu meiner Person _____

Ich beziehe von der Ausgleichskasse:

Ergänzungsleistungen ja, seit _____ nein

Hilflosenentschädigung ja, seit _____ nein

Pflegeleistungen der Spitex habe ich bisher bereits bezogen:

ja, seit _____ nein

SUNNEHOF – Das Zuhause im Alter

Anmeldung

Bitte füllen Sie dieses Formular möglichst **vollständig** aus

Das Zuhause im Alter

SUNNEHOF

Anordnung für den Todesfall

Mit diesen Angaben stelle ich sicher, dass der Sunnehof nach meinem Ableben – sollten meine Angehörigen nicht erreichbar sein – handlungsfähig ist.

Ich wünsche den Bestattungsdienst: Betschart & Eichhorn Kennele
Telefon 041 850 44 50 Telefon 041 850 60 21

Ich wünsche folgende Bestattungsart: Kremation Erdbestattung

Mein Beisetzungsort: _____

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben auf dieser Anmeldung vollständig und wahrheitsgetreu sind.

Ich ermächtige den Sunnehof, nach Bedarf bei meinem Hausarzt, in Spitälern sowie bei Therapeuten medizinische Auskünfte einzuholen und entbinde die Personen oder Instanzen, welche Auskunft geben, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Beilagen

Bitte die ersten drei Dokumente zwingend beilegen:

- 1. Kopie Identitätskarte oder Pass**
 - 2. Kopie Krankenkasse-Versicherungskarte**
 - 3. Kopie Krankenkasse-Versicherungspolice**
- Kopie Schriftenempfangsschein
 - Patientenverfügung
 - Vorsorgeauftrag
 - Vollmacht Finanzen
 - Kopie Ernennungsurkunde Bestand
 - Arzt-/Spital-Befunde
 - Medikamentenliste