

Eintrittsorganisation Hofmatt 1

(wird durch das AltersZentrum Hofmatt ausgefüllt)		
Name / Vorname		<input type="checkbox"/> Administration (Original)
Zimmer Nr.		<input type="checkbox"/> Pflege und Betreuung
Eintrittsdatum		<input type="checkbox"/> HW <input type="checkbox"/> TD <input type="checkbox"/> Küche
Gourmetta Platz		<input type="checkbox"/> Aktivierung <input type="checkbox"/> Finanzen

Benötigte Angaben und Informationen

(wird durch die Bewohnerin / den Bewohner ausgefüllt)			
Personalien			
Familienname		Lediger Name	
Vorname		Geburtsdatum	
Zivilstand		Konfession	
Beruf		Geburtsort	
AHV-Nummer		Heimatort	
Aktuelle Wohnsitzadresse (zivilrechtlicher Wohnsitz)			
Strasse / Nr.		Telefon	
PLZ / Ort		Natel	
E-Mail			
Gegenwärtiger Aufenthaltsort (Klinik, Spital, Kurhaus, REHA, anderes Heim, Angehörige, etc.)			
Aufenthaltsort		E-Mail	
Strasse / Nr.		Telefon	
PLZ / Ort		Natel	
Pflegebericht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Medikamentenliste	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hausarzt (aus den Seegemeinden)			
Name / Vorname		Tel. Praxis	
Strasse / Nr.		Fax	
PLZ / Ort		Mail	
Krankenkasse			
Gesellschaft		Vers.-Nr.	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	
Telefon		Versicherungskarte (bitte Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Aufenthaltsdauer

Kurzaufenthalt (mind. 2 bis max. 4 Wochen):	ab:	bis:
Daueraufenthalt	ab:	

Kontaktpersonen/Angehörige

1. Ansprechperson / Vertrauensperson / Bezugsperson pflegerische Fragen

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:			
Familienname		E-Mail	
Vorname		Tel. Privat	
Strasse / Nr.		Tel. Geschäft	
PLZ / Ort		Natel	

2. Person

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:			
Familienname		E-Mail	
Vorname		Tel. Privat	
Strasse / Nr.		Tel. Geschäft	
PLZ / Ort		Natel	

3. Person

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:			
Familienname		E-Mail	
Vorname		Tel. Privat	
Strasse / Nr.		Tel. Geschäft	
PLZ / Ort		Natel	

Finanzielles

Rechnung an Bewohner / Bewohnerin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn nicht, geht Rechnung an folgende Person (Rechnungsempfänger):		
Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:		
Familienname		Vorname
Strasse / Nr.		PLZ / Ort
Telefon		Natel

Post

alle Post an Bewohner / Bewohnerin

Ja Nein
 (Fr. 2.- pro Weiterleitung)

Wenn nicht, geht offizielle Post an folgende Person:

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:

Familienname

Vorname

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Versicherung

Kollektiv-Haftpflichtversicherung Hofmatt:
 Fr. 5.- pro Monat

Ja / Nein

Dokumente

Vorsorgeauftrag
(bitte Kopie beilegen)

Ja / Nein

Patientenverfügung
(bitte Kopie beilegen)

Ja / Nein

Beistandschaft
(bitte Kopie beilegen)

Ja / Nein

Personalausweis (ID / Pass)
(bitte Kopie beilegen)

Ja / Nein

Leistungsbezüge

Bezüger IV (Invalidenversicherung)

Ja / Nein

Bezüger HE (Hilflosenentschädigung)

Ja / Nein

Bezüger EL (Ergänzungsleistung)

Ja / Nein

Zimmereinrichtung

Tel.-Anschluss gewünscht?
 Fr. 25.- pro Monat

Ja / Nein

TV-Anschluss gewünscht?
 Fr. 15.- pro Monat

Ja / Nein

Telefonapparat durch Hofmatt?

Ja / Nein

TV-Apparat durch Hofmatt?
 Fr. 50.- pro Monat

Ja / Nein

WLAN-Anschluss
 Fr. 5.- pro Monat

Ja / Nein

Billag Befreiung
 ab BESA Stufe 5

Ja / Nein

Zimmerschlüssel/ Batch
 gewünscht?

Ja / Nein

Essgewohnheiten

Normalkost

Ja / Nein

Sonderkost

Ja / Nein

Diätkost

Ja / Nein

Allergien

Ja / Nein

Vorlieben, Hobbies, Wünsche			
<input type="checkbox"/> Hausarbeit	<input type="checkbox"/> Musik	<input type="checkbox"/> Gartenarbeit	<input type="checkbox"/> Turnen, Fitness
<input type="checkbox"/> Spazieren	<input type="checkbox"/> Singen	<input type="checkbox"/> Handarbeiten	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tanzen	<input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele	<input type="checkbox"/> Gottesdienst besuchen	

Bemerkungen	
Ort / Datum	Bewohnerin / Bewohner / Vertretung

Der/die Unterzeichnete ermächtigt die Leitung Pflege und Betreuung, beim Hausarzt oder bei der SPITEX-Organisation allenfalls Auskünfte einzuholen.

Über die Aufnahme in das Alters- und Pflegeheim Hofmatt entscheidet die Zentrumsleitung.

Mit dieser Anmeldung anerkennt der/die Unterzeichnete die zum Zeitpunkt des Heimeintritts geltende Taxordnung und das Reglement vorbehaltlos.

Als Gerichtsstand für allfällige Differenzen zwischen der Zentrumsleitung und dem/der Pensionär/in gilt Weggis.

Das Aufnahmegesuch ist zu senden an:

AltersZentrum Hofmatt
 Hofmatt 1
 6353 Weggis

Telefon 041 392 75 75
 Fax 041 392 75 76
 E-Mail info@hofmatt.org
 Website www.hofmatt.org