Anmeldung Pflegewohngruppe

|  |  |
| --- | --- |
| **Personalien** |  |
| Name, Vorname |  |
| Adresse, Ort |  |
| Telefon-Nummer |  |
| Geburtsdatum |  |
| AHV-Nummer |  |
| Zivilstand | ❑ ledig ❑ verheiratet ❑ verwitwet ❑ geschieden ❑ getrennt |
| Konfession | ❑ römisch-katholisch ❑ reformiert ❑ konfessionslos |
| Heimatort |  |
| Im Kanton Uri seit |  |
| Früherer Beruf |  |
| Diverses |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Beistand** |  |
| Haben Sie einen Beistand? |  Ja  Nein |
| Name, Vorname |  |
| Adresse / Telefon |  |
| E-Mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kontaktperson** | Bitte 1. Bezugsperson mit \* markieren |
| Name, Vorname |  |
| Adresse / Telefon |  |
| E-Mail |  |
| Funktion | ❑ Sohn ❑ Tochter ❑ andere |
| Name, Vorname |  |
| Adresse / Telefon |  |
| Funktion | ❑ Sohn ❑Tochter ❑ andere |
| E-Mail |  |
| Name, Vorname |  |
| Adresse / Telefon |  |
| E-Mail |  |
| Funktion | ❑ Sohn ❑ Tochter ❑ andere: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zahleradresse** |  |
| Name, Vorname |  |
| Adresse / Telefon | Tel: |
| E-Mail |  |

Bitte Rückseite beachten

|  |  |
| --- | --- |
| **Hausarzt** |  |
| Name, Adresse |  |
| Momentaner Allgemeinzustand |  |
| Am Lebensende | Patientenverfügung vorhanden  Ja  Nein |
| Reanimation | ❑ Ja ❑ Nein |
|  | |
| **Krankenkasse** |  |
| Krankenkasse / Ort |  |
| Versicherungs-Nr. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Finanzierung** |  |
| Beziehen Sie Hilflosenent-schädigung? |  Ja  Nein |
| Beziehen Sie Ergänzungs-  Leistungen? |  Ja  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gewünschter Eintritt** |  |

# **Ort, Datum: Unterschrift:**

**Wichtig:**

**Bei allfälligen Änderungen des Allgemeinzustandes, bei Eintritt in eine andere Institution oder bei Todesfall bitten wir Sie uns dies mitzuteilen.**

**Herzlichen Dank**

Wird durch die Heimleitung ausgefüllt:

|  |  |
| --- | --- |
| **Wohngruppe** | ❑ WG1 ❑ WG2 ❑ WG3 ❑ WG4 ❑ WG 5 ❑ WG 6 ❑ WG 7 |
| **Eintritts-Datum** |  |