

## AUFNAHMEGESUCH

vorsorgliche Warteliste

dringende Warteliste

### Gewünschtes Eintrittsdatum:

Name	Geburtsdatum
Vorname	Zivilstand
Strasse	Schriftenort
Wohnort	Heimatort
Telefon-Nr.	Konfession
AHV-Nummer	

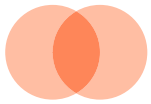
Falls Sie derzeit ausserkantonale wohnen –  
haben Sie früher einmal im Kt. Solothurn gewohnt? ja  nein

### Adressen von Angehörigen, Vormund, Beistand oder Vertrauensperson:

Name, Vorname	Verwandtschaftsgrad
Strasse	Telefon privat
Wohnort	Handy
E-Mail	Telefon Geschäft

Name, Vorname	Verwandtschaftsgrad
Strasse	Telefon privat
Wohnort	Handy
E-Mail	Telefon Geschäft

Name, Vorname	Verwandtschaftsgrad
Strasse	Telefon privat
Wohnort	Handy
E-Mail	Telefon Geschäft



Bitte beantworten Sie folgende Fragen bei **dringlicher Anmeldung**. So können wir den Heimeintritt optimal vorbereiten, offene Punkte rechtzeitig klären, sowie den Empfehlungen aus dem Erwachsenenschutzrecht Rechnung tragen:

Ich bin krankenversichert	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ich bin unfallversichert	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ich habe einen Hausarzt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

---

Ich benötige eine Diät / Kostform	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ich habe eine Unverträglichkeit auf bestimmte Speisen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

---

Sind vertretungsberechtigte Personen bestimmt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ich habe einen Vorsorgeauftrag	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ich habe eine Patientenverfügung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ich habe eine Patientenvollmacht	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ich beziehe Ergänzungsleistungen (EL)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

---

Meine finanziellen Aufgaben werden von einer anderen Person erledigt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

---

Ich wünsche einen Telefonanschluss im Zimmer	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

---

Meine Kleider sind mit meinem Namen gekennzeichnet	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

---

Meine persönliche Briefpost soll an eine Drittperson weitergeleitet werden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

---

Bemerkungen

---

---

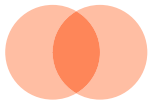
---

---

---

---

---



**Bitte füllen Sie die Adressfelder aus**

Krankenversicherung

Krankenkasse

Mitglied-Nr.

Unfallversicherung

Mitglied-Nr.

Zusatzversicherung bei

Adresse des Hausarztes

Name, Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Kurz vor Eintritt bitte einen Arztbericht einreichen. Das Formular wird Ihnen zugestellt.

**Heimrechnung geht an**

Name, Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

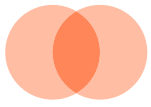
**Wenn die Briefpost weitergeleitet wird, bitte an folgende Adresse senden**

Name, Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon



Wir informieren Sie, wenn ein Zimmer zum Zeitraum Ihres gewünschten Eintrittsdatums frei wird. Wenn Sie kein Interesse mehr an einem Eintritt in unser Heim haben, bitten wir Sie um Nachricht.

- Wenn es um die definitive Aufnahme geht, erhalten Sie einen Fragebogen zur Beurteilung der Hilfsbedürftigkeit sowie
- ein Formular für das Ärztliche Zeugnis.

Über die Aufnahme entscheidet die Heimleitung nach der sorgfältigen Prüfung des Aufnahmegesuchs mit den erforderlichen Unterlagen.

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Heimleitung, beim Hausarzt und den anderen aufgeführten Institutionen nach Bedarf weitere Auskünfte einzuholen.

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

#### **Beilagen**

- Prospekt
- Taxtabelle
- Informationsschrift *Wohnen und Leben in einer Altersinstitution*

#### **ANMELDUNG EINSENDEN AN**

Elisabethenheim Bleichenberg, Alters- und Pflegeheim, Heimleitung  
Asylweg 49, Postfach, 4528 Zuchwil