

## PFLEGT LÄBE IM BUECHIBÄRG

### Anmeldung (für Ehepaare bitte 2 Formulare ausfüllen)

Eingangsdatum:

#### Eintrittsgrund / Dringlichkeit

- Dringlichkeitsliste
- Ferienaufenthalt
- Interessentenliste

Eintritt per: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

#### Standortwunsch

- Alterssitz Zentrum, Lüterswil
- Dépendance Chronehof, Schnottwil
- Dépendance Hofschmitte, Messen

Je nach Verfügbarkeit und Dringlichkeit des Eintrittes nehmen wir gerne auf Ihren Standortwunsch Rücksicht.

#### Personalien

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Lebensform \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Heimatort/Staat \_\_\_\_\_

Natel \_\_\_\_\_

AHV-Nummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Früherer Beruf \_\_\_\_\_

#### Kontaktadresse Angehörige / Vertrauensperson

##### 1. Priorität

Name/ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Natel \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

##### 2. Priorität

Name/ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Natel \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

## Zustellung der Rechnungen an

Bewohner     Angehörige/r Priorität 1     Angehörige/r Priorität 2

---

## Hausarzt

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Wünschen Sie weiterhin von Ihrem Hausarzt betreut zu werden?  Ja  Wechsel zum Medizentrum Messen

---

**Patientenverfügung vorhanden**  Ja  Nein

Wenn nein, wünschen Sie bei plötzlichem Bewusstseinsverlust:

Eine Einweisung ins Spital  Ja  Nein

Die Einleitung von Reanimations-Massnahmen  Ja  Nein

---

## Krankenkasse

**Bitte legen Sie uns eine Kopie der Krankenkassenkarten bei!**

Gesellschaft \_\_\_\_\_ Filiale \_\_\_\_\_

Spitalversicherung:  Privat     Halbprivat     Allgemein

---

## Ergänzungsleistungen

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?

Ja     Nein

Werden Sie sich in nächster Zeit für den Bezug von Ergänzungsleistungen anmelden?

Ja     Nein     Weiss nicht - wünsche eine Beratung

---

## Bemerkungen

---

---

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der obenstehenden Angaben und gebe mein Einverständnis dazu, dass - sofern notwendig - zusätzliche Auskünfte beim Hausarzt und beteiligten Institutionen eingeholt werden können.

Ihre Angaben werden von uns VERTRAULICH behandelt.

---

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

---

---