**Anmeldeformular**

(download als Word-Dokument zum Ausfüllen unter: [www.heime-uster.ch ->](https://www.heime-uster.ch/nc/unsere-organisation/publikationen-dokumente/) Unsere Organisation -> Dokumente)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Für** | **Wohnheim  Im Grund** | **Altersheim  Im Grund** | **Pflegezentrum  Im Grund** | **Pflegezentrum Dietenrain** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Besondere Wünsche** | **Pflegezentrum:**  **Wohnheim:** | **1er-Zimmer**  **1-Zimmer-Wohnung** | **2er-Zimmer**  **2-Zimmer-Wohnung** |

**Personalien**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name:** | **Amtlicher Vorname:** |
| **aktuelle Wohnadresse Strasse / Nr:** | |
| **PLZ / Ort**: | |
| **Telefon:** | **E-Mail:** |
| **Zivilrechtlicher Wohnsitz:** | **Heimatort:** |
| **Geburtsdatum:** | **Konfession:** |
| **Zivilstand:** |  |
| **AHV-Nr:** | |
| **Krankenkasse:** | **Versicherten-Nr:** |
| **Versichertenkarte–Nr:** |  |
| **Karte gültig bis:** | |
|  | |
| **Hausarzt / Hausärztin Name:** | |
| **Adresse:** | |

**Elektronisches Patientendossier**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Haben Sie ein Elektronisches Patientendossier (EPD)?** | Ja | Nein |

**Vorhandene offizielle Vertretungsvollmachten**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patientenverfügung** | Nein | Ja | **bitte Kopie beilegen** |
| **Vorsorgeauftrag** | Nein | Ja | **bitte Kopie beilegen** |
| **Beistandschaft** | Nein | Ja | **bitte Kopie Verfügungsentscheid der KESB beilegen** |

Wenn Sie sich zu Patientenverfügung oder Vorsorgeauftrag beraten lassen möchten, wenden Sie sich bitte an die Beratung & Aufnahme der Heime Uster; Tel. 044 905 11 19

**Kontaktpersonen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Erste Kontaktperson** | **weitere Kontaktperson** |
| **Name / Vorname** |  |  |
| **Strasse / Nr** |  |  |
| **PLZ / Ort** |  |  |
| **Tel. Privat / Mobil** |  |  |
| **Tel. Geschäft** |  |  |
| **E-Mail** |  |  |
| **Beziehungsgrad** |  |  |

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die Mitarbeitenden der Heime Uster werden gegenüber diesen Kontaktpersonen von der Schweigepflicht entbunden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wem soll der Pensionsvertrag geschickt werden?** | Bewohner/in | Erste Kontaktperson |

Im Fall einer Urteilsunfähigkeit hat unten stehende Person das medizinische Vertretungsrecht:

Bitte beachten Sie, dass dafür folgende Personen in folgender Reihenfolge in Frage kommen, und dass in jedem Fall der regelmässig geleistete persönliche Beistand gegeben sein muss:

1. Vertretung gemäss Patientenverfügung oder Vorsorgeauftrag
2. Beiständin oder Beistand mit explizitem Vertretungsrecht in medizinischen Angelegenheiten
3. Ehepartnerin/Ehepartner oder eingetragene Partnerin/eingetragener Partner
4. Lebenspartnerin/Lebenspartner
5. Nachkommen
6. Eltern
7. Geschwister

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertretungsberechtigte Person in medizinischen Angelegenheiten** | |
| **Name / Vorname:** | |
| **Adresse:** | |
| **Tel. Privat / Geschäft / Mobil:** | |
| **E-Mail:** | **Beziehungsgrad:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertretungsberechtigte Person in finanziellen Angelegenheiten** | |
| **Name / Vorname:** | |
| **Adresse:** | |
| **Tel. Privat / Geschäft / Mobil:** | |
| **E-Mail:** | **Beziehungsgrad:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wem sollen die Heimrechnungen geschickt werden?** | Bewohner/in | Vertretungsberechtigte  Person in finanziellen Angelegenheiten |

**Weitere Angaben**

**Telefon / Miete Fernseh-Gerät**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Altersheim, Pflegezentrum Telefonanschluss erwünscht | Ja | Nein |
| Telefonapparat erwünscht | Ja | Nein |

Im Wohnheim ist ein Festnetz-Telefonanschluss obligatorisch wegen des Notrufsystems.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Telefonanschluss mit neuer Nummer über die Heime (kostenlos) |
|  | Telefonanschluss mit bisheriger Nummer über bisherigen Anbieter (kostenpflichtig) |

Miete Fernseh-Gerät erwünscht (15.-/Monat)  Ja  Nein

**Postsendungen**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sämtliche Post an Bewohner/in |
|  | Post an Bewohner/in mit folgender Einschränkung: |

Die Heime Uster werden ermächtigt, geschäftliche Post wie Rechnungen u.ä. gegen Verrechnung direkt an die vertretungs­berechtigte Person in finanziellen Angelegenheiten weiterzuleiten. Die Heime Uster haften weder bei Verzögerung noch Verlust von Postsendungen. Es empfiehlt sich, für regelmässige Postsendungen eine Post-Umleitung zu veranlassen.

**Bitte beachten Sie folgende Punkte**

**Akontozahlung**

Spätestens 30 Tage nach Heimeintritt muss eine Akontozahlung von Fr. 7`500.- überwiesen sein. Bei kürzeren Aufenthalten beträgt sie Fr. 250.- pro Tag. Informationen und Einzahlungsschein erhalten Sie zusammen mit dem Pensionsvertrag.

**Finanzierung**

Es empfiehlt sich, vor Heimeintritt zu klären, ob Anspruch auf Ergänzungsleistungen besteht.

**Nicht-Eintritt**

Erfolgt trotz definitiver Anmeldung kein Heimeintritt, wird eine Entschädigung in der Höhe von fünf Tagesansätzen der entsprechenden Hotellerie-Taxe plus eine Administrationsgebühr von Fr. 200.- in Rechnung gestellt.

Hiermit bestätige ich die definitive Anmeldung.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ort, Datum** |  | |
| **Unterschrift** |  | |
| **Zukünftige Bewohnerin / Zukünftiger Bewohner:** | |  |
| **oder Vertreterin / Vertreter:** | |  |
| **Beziehungsgrad:** |  |  |

Anmeldung einsenden an: Heime Uster - Beratung & Aufnahme - Wagerenstrasse 20 - 8610 Uster; beratung@heime-uster.ch