**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** | [ ]  **PflegezentrumDietenrain** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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