**Anmeldeformular**

|  |
| --- |
| **Anmeldung für** |

**Wohnen mit Betreuung und Pflege  Wohnen mit Dienstleistungen**

Wohnen für Menschen mit Demenz Ich wünsche folgende Zusatzpakete:

Ferienzimmer  Zusatzpaket 1 (tägliches Frühstück)

(Wohnen für Menschen mit Demenz und  Zusatzpaket 2 (tägliches Mittagessen)

Ferienzimmer im Rahmen vom Wohnen mit  Zusatzpaket 3 (tägliches Abendessen)

Betreuung und Pflege erfordern bei den bordeauxrot  Zusatzpaket 4 (wöchentliche Reinigung)

markierten Kästchen ein zusätzliches ankreuzen).  Zusatzpaket 5 (Wäschebesorgung)

Zusatzpaket 6 (Pflegebett)

**Wichtiger Hinweis:** Bitte melden Sie sich erst an, wenn Sie sich vorstellen könnten, in das nächste freie Zimmer bzw. die nächste freie Wohnung einzutreten.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personalien** | | | |
| Vorname(n) |  | Geb. Datum |  |
| Namen |  | Heimatort |  |
| Strasse Nr. |  | Schriftenort |  |
| PLZ, Ort |  | Nationalität |  |
| Telefonnummer |  | Zivilstand |  |
| Mobil |  | AHV-Nr. |  |
| Krankenkasse |  | Konfession |  |
| Versicherten Nr. |  | E-Mailadresse |  |
| Karten Nr. |  | Hausarzt |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aktueller Aufenthaltsort |  | |
| Ich beziehe aktuell Spitexleistungen | | Ja  Nein |
| Telefon im Zimmer / in der Wohnung erwünscht | | Ja  Nein |
| Kabelfernsehanschluss im Zimmer / in der Wohnung erwünscht | | Ja  Nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Persönliche Vertretung** | | | |
| Besteht eine Patientenverfügung? | | Ja  Nein | |
| Besteht eine Beistandschaft? | | Ja  Nein | |
|  | |  | |
| **Private Bezugspersonen** | |  | |
|  | |  | |
| **Beistand / Beiständin** | | | |
| Vorname(n) |  | Telefonnummer |  |
| Namen |  | Mobil |  |
| Strasse Nr. |  | E-Mailadresse\* |  |
| PLZ, Ort |  | Art des Bezuges |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vertrauensperson / Priorität 1** | | | |
| Vorname(n) |  | Telefonnummer |  |
| Namen |  | Mobil |  |
| Strasse Nr. |  | E-Mailadresse\* |  |
| PLZ, Ort |  | Art des Bezuges |  |

\*E-Mailadresse Vertrauensperson bzw. Beistand/Beiständin obligatorisch

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rechnungsempfänger** | | | |
| Vorname(n) |  | Telefonnummer |  |
| Namen |  | Mobil |  |
| Strasse Nr. |  | E-Mailadresse |  |
| PLZ, Ort |  | Art des Bezuges |  |

|  |
| --- |
| **Weitere Bezugspersonen**  (es können noch zusätzliche Personen erfasst werden, Vertrauensperson ist zwingend) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Priorität 2** | | | |
| Vorname(n) |  | Telefonnummer |  |
| Namen |  | Mobil |  |
| Strasse Nr. |  | E-Mailadresse |  |
| PLZ, Ort |  | Art des Bezuges |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Priorität 3** | | | |
| Vorname(n) |  | Telefonnummer |  |
| Namen |  | Mobil |  |
| Strasse Nr. |  | E-Mailadresse |  |
| PLZ, Ort |  | Art des Bezuges |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Priorität 4** | | | |
| Vorname(n) |  | Telefonnummer |  |
| Namen |  | Mobil |  |
| Strasse Nr. |  | E-Mailadresse |  |
| PLZ, Ort |  | Art des Bezuges |  |

Hinweis: Etwa 4-mal im Jahr werden Neuigkeiten der Stiftung Alpbach per E-Mail versendet. Die aufgelisteten E-Mailadressen erhalten ohne Widerruf diese E-Mails. Die Stiftung Alpbach geht davon aus, dass die aufgelisteten Personen hierzu informiert wurden und einverstanden sind.

|  |  |
| --- | --- |
| **Unterschrift** | |
| Datum, Ort |  |
| Unterschrift |  |