

**Anmeldung Heim**

Alterszentrum Churfirsten  
Churfirstenweg 3  
CH-9650 Nesslau

Tel. 071 995 65 65  
Fax 071 995 65 66  
E-mail info@az-churfirsten.ch

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie, das Anmeldeformular beidseitig vollständig auszufüllen!

Heimatort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Konfession: \_\_\_\_\_ Zivilstand: \_\_\_\_\_  
Früherer Beruf: \_\_\_\_\_ AHV-Nr.: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse, Sektion: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Meine Schriften sind deponiert in: \_\_\_\_\_

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Sie Ihren jetzigen Wohnort beibehalten können, sich aber als Wochenaufenthalter in Nesslau anmelden sollten.

Gemeindeverwaltung, Einwohneramt, 9650 Nesslau Tel. 071 995 60 23 oder 071 995 60 20

\*\*\*\*\*

Die Aufenthaltskosten setzen sich zusammen aus der Pensionstaxe, der Pflege- und Betreuungstaxe und den Privaten Auslagen.

**Pensionstaxe:** Tagespauschale je nach Grösse und Infrastruktur des Zimmers.  
Leistungen gemäss Taxordnung.

**Pflege- und Betreuungstaxe:** Gemäss Einstufung nach dem RAI-RUG-System.

**Private Auslagen:** Alle persönlichen Angelegenheiten.

**Zimmerausstattung:** Bett (inkl. Bettwäsche) und Nachttischchen sowie Vorhänge werden vom Heim zur Verfügung gestellt. Die weitere Zimmerausstattung inkl. Bilder können Sie der Zimmergrösse entsprechend selber gestalten.

Persönliche Gegenstände müssen unbedingt beschriftet (Name und Vorname) sein.  
Die Beschriftung aller Textilien übernimmt das Heim. Beim Heimeintritt wird ein Pauschalbetrag verrechnet.

Wer sorgt für Sie, wenn Sie Ihre persönlichen Angelegenheiten einmal nicht mehr selbst regeln können sollten?

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

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Verfügt die obgenannte Vertrauensperson über die notwendigen Vollmachten?  Ja /  Nein

Haben Sie einen Beistand oder Vormund?  Ja /  Nein

Name, Vorname und Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

**Testament:**  vorhanden /  nicht vorhanden

wenn vorhanden: Wo ist es deponiert? \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Adressen der nächsten Angehörigen:**

Name, Vorname:	Adresse, Wohnort:	Telefon-Nr.
1. _____	_____	_____
	_____	
2. _____	_____	_____
	_____	
3. _____	_____	_____
	_____	
4. _____	_____	_____
	_____	
5. _____	_____	_____
	_____	

\*\*\*\*\*

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Beilage:  Arztzeugnis /  Der Hausarzt stellt das Zeugnis direkt zu