

Anmeldeformular für einen Heimaufenthalt

- Vorsorgliche Anmeldung** Sie gedenken einmal ins Dändlikerhaus einzutreten und melden sich **vorsorglich** bei uns an.
 Ihre Anmeldung erfassen wir auf der vorsorglichen Warteliste.
 Teilen Sie uns mit, wenn Ihre Anmeldung dringlich wird.
 Falls Sie eine Heimbesichtigung wünschen, nehmen Sie mit uns Kontakt auf.
- Dringliche Anmeldung** Sie möchten sobald als möglich zu uns ins Heim eintreten.
 Ihre Anmeldung erfassen wir auf der Dringlichkeitsliste.
 Sobald wir Ihnen einen Platz anbieten können, kontaktieren wir Sie. Der Eintritt erfolgt innerhalb von 10 Tagen nach unserem Angebot.

 Falls noch kein Heimbesuch erfolgt ist, nehmen Sie mit der Heimleitung Kontakt auf.
 Gerne nehmen wir uns Zeit für Sie, zeigen Ihnen unser Haus und beantworten allfällige Fragen (ein Heimeintritt ist nur möglich, wenn vor dem Eintritt ein persönlicher Kontakt stattgefunden hat).

Der dringlichen Anmeldung ist das ausgefüllte Arztzeugnis beizulegen.
- Ferienbett** Wer uns und unser Haus kennenlernen möchte, dem könnten wir ein Probewohnen/Ferienbett anbieten. Dieses Angebot ist nur bei einem internen Wechsel möglich. Die Mindestaufenthaltsdauer beträgt 14 Tage.
 Wenn Sie Interesse bekunden, werden wir Sie bei einem freien Bett informieren.

Persönliche Angaben

Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ Wohnort	
Telefon	
Geburtstag	

Kontaktperson

Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ Wohnort	
Telefon	
Natel	
Kontakte	Kontakte unsererseits sind zu richten an: <input type="checkbox"/> Angemeldete Person <input type="checkbox"/> Kontaktperson

Allemeines

Person kann ihre Wohnung verlassen...	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> in Begleitung	<input type="checkbox"/> nie
Betreuung/Haushalt zu Hause durch...	<input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Spitex	<input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Nachbarschaft	<input type="checkbox"/> Bekannte <input type="checkbox"/> andere_____
Fortbewegung	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Gehhilfe
Fortbewegung im Rollstuhl	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson
Transfer (z.B. Bett/Stuhl)	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson
An- Ausziehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson
Körperpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

Datum: _____ Unterschrift: _____