



Eingang: \_\_\_\_\_

Aufnahme: \_\_\_\_\_

## Eintrittsvereinbarung zur Aufnahme ins Betagtenheim Wartau als

**Feriengast**

**BewohnerIn**

**Gewünschtes Eintrittsdatum:** \_\_\_\_\_

### Personalien

Name/lediger Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ AHV-Nr.: **756.** \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_ Heimatort: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

### Vertretung/Beistandschaft/Vorsorgeauftrag/Patientenverfügung

Bestehen Vertretungsvollmachten oder Massnahmen im Sinne des Erwachsenenschutzrechtes?

Ja, welche? \_\_\_\_\_

Nein

### Wenn ja, bitte Kontaktperson benennen und Kopien beilegen

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

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Tel. P: \_\_\_\_\_ Tel. G: \_\_\_\_\_

Natel: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Vermögens-Verhältnisse

Vor Heimeintritt abzugeben: **Kopie der letzten Veranlagungsverfügung des Gemeindesteuersamts**

### Sicherheitsleistung

Jeder Bewohner bezahlt bei Vertragsabschluss eine **Sicherheitsleistung von Fr. 7'000.00**. Das entspricht der Höhe von einer Heimtaxe für einen Monat. Das Geld wird nicht verzinst und mit der letzten Heimrechnung zurück erstattet.



## Ergänzungsleistung

EL Bezüger

Ja  Nein

### Wenn ja, vor Heimeintritt abzugeben: Kopie des letzten Berechnungsblattes für die Ergänzungsleistung

Benötigen Sie Informationen oder Hilfe für eine allfällige Geltendmachung von Ergänzungsleistungen oder a.o. Ergänzungsleistungen?

Ja  Nein

## Administrative Angaben

Krankenkasse:

Sektion:

Versicherten Nr.:

Hausarzt:

(Name, Vorname, genaue Adresse und Telefonnummer)

Welche Möbel möchten Sie gerne mitbringen?

(Gilt nicht für Feriengäste)

## Angaben zu den Angehörigen

bitte Hauptansprechpartner/Rechnungsempfänger ankreuzen)

Name/Vorname:

Verwandtschaftsgrad:

Adresse:

PLZ/Ort:

erreichbar unter:

Telefon G/P oder Natel/E-Mail

Name/Vorname:

Verwandtschaftsgrad:

Adresse:

PLZ/Ort:

erreichbar unter:

Telefon G/P oder Natel/E-Mail

Name/Vorname:

Verwandtschaftsgrad:

Adresse:

PLZ/Ort:

erreichbar unter:

Telefon G/P oder Natel/E-Mail



### Angaben zum aktuellen Gesundheitszustand

Benötigen Sie Hilfe beim Waschen und Kleiden?  Ja  Nein

Wenn ja, Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Brauchen Sie Gehilfen (Stock, Rollator, Böckli...)?  Ja  Nein

Wenn ja, Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Benötigen Sie Hilfe beim Essen oder beim Trinken?  Ja  Nein

Wenn ja, Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Benötigen Sie eine vom Arzt verordnete Diät?  Ja  Nein

Wenn ja, welcher Art: \_\_\_\_\_

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen oder beim Stuhlgang?  Ja  Nein

Wenn ja, Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Schlafstörungen?  Ja  Nein

Wenn ja, Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### Besondere Angaben über Krankheiten und Gebrechen:

\_\_\_\_\_

Allgemeine Bemerkungen

\_\_\_\_\_

**Taxordnung und Heimreglement werden zusammen mit dieser Eintrittsvereinbarung erklärt und abgegeben. Sie bilden mitgeltende Bestandteile der Vereinbarung. Diese Eintrittsvereinbarung gilt rechtsgültig unterzeichnet ab Datum des Eintritts als Betreuungsvertrag im Sinne von Art. 382 ff. ZGB**

Datum: **Unterschrift:** GesuchstellerIn

Datum: **Unterschrift:** Betagtenheim

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bestätigung der Personalien durch das Einwohneramt der Wohnsitzgemeinde unter Beilage einer Wohnsitzbestätigung.**

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift / Einwohneramt