Alters- und Pflegeheim St. Katharinen

**Anmeldeformular** vertraulich

[ ] St. Katharinen

[ ]  Vorsorgliche Anmeldung (nur Seite 1–3 ausfüllen)

[ ]  Dringliche Anmeldung (alle Seiten ausfüllen)

[ ]  Dauervertrag [ ]  Ferienvertrag [ ]  Kurzzeitvertrag (8 Wochen,
 von       bis       7 Tage Künd.-Frist)

 **Vom Heim auszufüllen** Anfrage von

 Abklärung: Aufnahme möglich?**[ ]** ja**[ ]** neinVisum:

 Vertragsverhandlung erledigt? **[ ]** ja **[ ]** neinVisum:

 Tage Reservationsgebühr

|  |  |
| --- | --- |
| Name/Vorname deranzumeldenden Person |       |
| AdresseAktueller Wohnort |       |
| Schriften in Gemeinde |       |
| Telefon |       |
| Geburtsdatum |       |
| Zivilstand |       |
| Konfession |       |
| HeimatortNationalität (Land Pass) |            |
| Hausarzt |       |
| Spezialarzt |       |
|  |  |
| **Krankenkasse +****Zusatzversicherung*** Bitte beim Eintritt Kopie der Police(n) abgeben (nicht nötig bei vorsorgl. Anmeldung)
* Erfassung im CC durchSekretariat (nicht Pflege)
 | ............................................[ ]  Kopie Police Krankenkasse abgegeben[ ]  Kopie Police Zusatzversicherung abgegeben[ ]  Original Versicherungskarte Krankenkasse abgegeben[ ]  Original Versicherungskarte Zusatzversicherung abgegeben[ ]  Fehlendes folgt[ ]  Sekretariat muss Unterlagen bei Angehörigen anfordern |
| **AHV-Nummer** | ....................................................(steht in der Regel auf der Krankenkassen-Karte) |

|  |  |
| --- | --- |
| Haftpflichtversicherunginkl. Hausrat | Ist obligatorisch und durch die einzutretende Person abzuschliessen |

Kontaktadressen

|  |  |
| --- | --- |
| Priorität 1 | Name/Vorname      Strasse/PLZ/Ort      Telefon      Handy      E-Mail      Verwandtschaftsgrad/Beziehung       |
| Priorität 2 | Name/Vorname      Strasse/PLZ/Ort      Telefon      Handy      E-Mail      Verwandtschaftsgrad/Beziehung       |

Rechtsdelegation

|  |  |
| --- | --- |
| Beistandschaft | [ ]  Ja [ ]  NeinName/Vorname      Strasse/PLZ/Ort      Telefon      Handy      E- Mail       |
| Vollmacht fürFinanzen/Administration | [ ]  Ja [ ]  NeinName/Vorname      Strasse/PLZ/Ort      Telefon      Handy      E-Mail       |
| Vertretung fürmedizinische Belange | [ ]  Ja [ ]  NeinName/Vorname      Strasse/PLZ/Ort      Telefon      Handy      E-Mail       |

Zustelladresse für Heimrechnungen

|  |  |
| --- | --- |
|   | Name/Vorname      Strasse/PLZ/Ort      Telefon      Handy      E-Mail       |
|  |  |

|  |
| --- |
| Bemerkungen      |

Die/Der Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Bereichsleitung, beim Hausarzt weiterführende Auskünfte einzuholen.

Ort und Datum .............................................................

Unterschrift .............................................................

Unterschrift gesetzliche Vertretung / Beistand .............................................................

Anmeldung einsenden an:
Bürgergemeinde Solothurn, Alters- und Pflegeheim Thüringenhaus & St. Katharinen, Baselstrasse 99, 4500 Solothurn
(heime@bgs-so.ch)



**Es würde uns freuen, Sie als unseren zukünftigen Gast begrüssen zu dürfen.**

**Organisatorische Informationen**

Bei einer dringlichen Anmeldung bitten wir Sie die folgenden Seiten auszufüllen, damit bei einem möglichen Eintritt die entsprechenden Vorbereitungen getroffen werden können. **Fehlende Angaben werden beim Eintrittsgespräch ergänzt.**

Name/Vorname

|  |  |
| --- | --- |
| Eintritt(Eintrittsdatum inAbsprache mit dem Heim) | Datum und Zeit      Eintritt von wo      (z. B. zuhause, soH, KSO, and. Institution)Begleitung      Mittagessen Angehörige ................................................................. |
| Zimmer | Zimmernummer       |
| Zimmermöblierung | [ ]  Eigene Möbel ab Eintritt[ ]  Übergangsmöbel bei Daueraufenthalt bis max. 5 Tage, danach Kosten pro Tag Fr. 20.–[ ]  Ferienmöbel bei Vertrag mit fixem Austrittsdatum[ ]  Ferienmöbel bei Kurzzeitvertrag  (Achtung: bei Umwandlung in Dauervertrag Kosten ab 6. Tag nach Datum Dauervertrag Fr. 20.- pro Tag) |
| Telefon | Monatliche Kosten, auch bei Nichtgebrauch: Fr. 25.–/Monat(inkl. Gespräche Inland, exkl. Ausland/kostenpflichtige Nrn.Offizielle Nummer des Zimmers: 032 624 96      [ ]  Ich möchte meine private Festnetz-Nr. ins Heim zügeln (nur bei Dauervertrag möglich, Kosten einmalig Fr. 150.–)Nr........................................... (anstelle der offiz. Nummer)[ ]  Eigenes Handy: Nr. ..........................................Dürfen wir die Telefon-Nummern (Handy/Zimmer-Nr.) bei Anfragen von externen Personen (Verwandten, Bekannten) herausgeben?[ ]  Ja [ ]  Nein |
| WLAN | Fr. 25.– pro Monat bei Gebrauch [ ]  ja [ ]  nein |
| Post | [ ]  an Zustelladresse weiterleiten (kostenpflichtig)[ ]  ins Zimmer legen |
| Taschengeldverwaltung | [ ]  Bewohner/in selbständig[ ]  durch Angehörige[ ]  durch Sekretariat |
| Beziehen Sie EL? (Ergänzungsleistungen) | [ ]  ja [ ]  nein |
| Kleider beschriften | [ ]  Durch Heim, auch für Kurzzeit-/Feriengäste[ ]  Kleider nicht beschriften: nur nach Rücksprache mit Leiterin Hauswirtschaft möglich. Formular unterschreiben lassen: «Regelung für Wäsche ohne Namensetiketten» |
| Kleider flicken | Wird nicht angeboten  |
| Kleider waschen | [ ]  durch Heim [ ]  durch AngehörigeSensible Kleidungsstücke, z. B. aus Wolle, Seide etc. müssen extern zum Reinigen gegeben werden. Wird es bei uns gewaschen, übernehmen wir keine Haftung für Schäden. |
| Pflegeprodukte | Müssen privat eingekauft werden |
| Coiffeuse  | [ ]  im Hause[ ]  eigene Coiffeuse ausser Haus |
| Podologin/Fusspflege | [ ]  im Hause[ ]  ausser Haus |

**Medizinische Informationen / Hilfsmittel**

|  |  |
| --- | --- |
| Reanimation  | [ ]  Ja [ ]  Nein  |
| Patientenverfügung**(bitte Kopie abgeben)** | [ ]  Ja [ ]  Nein  |
| Allergien |       |
| Ernährung/Diät |       |
| Rollstuhl | [ ]  Ja [ ]  Eigentum Bewohner [ ]  Eigentum Heim[ ]  Nein[ ]  *bei Eigentum Bewohner/in: Meldung an HD mit Auftragsformular durch das Pflegepersonal* |
| Rollator | [ ]  Ja [ ]  Eigentum Bewohner [ ]  Eigentum Heim[ ]  Nein[ ]  *bei Eigentum Bewohner/in: Meldung an HD mit Auftragsformular durch das Pflegepersonal* |
| Andere Hilfsmittel | [ ]  Ja [ ]  NeinWelche Art von Hilfsmittel?  |
| BrilleHörgerät | [ ]  Ja [ ]  Nein [ ]  Ja [ ]  NeinWenn ja: [ ]  links [ ]  rechts |
| Zahnprothesen | [ ]  Ja [ ]  NeinWenn ja: [ ]  oben [ ]  untenZähne spezielles:   |
| Covid-19-Impfung | [ ]  Ja [ ]  NeinWenn ja:Zertifikat vorhanden? [ ]  ja [ ]  neinKopie im Sekretariat abgegeben? [ ]  ja [ ]  nein |

**Sonstige wichtige, allgemeine Informationen**

|  |
| --- |
|       |

Dieses Blatt wurde durch folgende Person/en ausgefüllt: Datum

....................................................... .....................................

Dieses Blatt wurde mit folgender Pflegefachperson besprochen: Datum

....................................................... .....................................

**Besondere interne Infos** (vom Heim auszufüllen)

**Hausdienst/Reinigung**

*

**Hauswart**

*

**Pflege**

*

Bitte dieses Original-Formular am Tag nach dem Eintritt fertig ausgefüllt ins BW-Sekretariat im St. Katharinen geben! Vielen Dank.