



**Haus St. Theodul, Fieschertalstrasse 24, 3984 Fiesch**

Telefon 027 970 14 00 / Fax 027 970 14 01

info@sttheodul-fiesch.ch

www.sttheodul-fiesch.ch

## Anmeldeformular

### Personalien / Wohnsituation

Name:

Vorname:

bei Frauen Mädchenname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Tel. Nr.:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Bürgerort:

Konfession:

AHV-Nr.:

früherer Beruf:

- Zivilstand:  ledig  
 verheiratet seit:  
 verwitwet seit:  
 geschieden seit:  
 getrennt seit:

Name des Ehepartners:

Anzahl der Kinder:

Name der Eltern: Vater:

Mutter:

geborene:

### Kontaktpersonen

Kinder oder nächste Angehörige\*:

Name und Vorname / genaue Adresse / Tel-Nr. / Verwandtschaftsgrad / Mail-Adresse

Beistand

Ja

Nein

Name/Adresse desselben:

\* Kontaktperson fürs Heim bitte mit einem Stern (\*) bezeichnen

## Arzt / Krankenkasse

Hausarzt:

Sind Sie in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

Wenn ja, weshalb?

Benötigen Sie eine vom Arzt verschriebene Diät?  Ja  Nein

Wenn ja, welcher Art?

Benötigen Sie regelmässige Pflege und Unterstützung?  Ja  Nein

Wenn ja, welcher Art?

Benötigen Sie spezielle Hilfsmittel?  Rollstuhl  Gehböckli  Rollator  
 andere:

Krankenkasse:

Versicherungs-Nr.:

## Besondere Wünsche, Anregungen oder Fragen?

### Gewünschter Heimeintritt

- Ich melde mich vorsorglich an
- Ich möchte sofort oder im Verlaufe der nächsten 3 Monate ins Heim eintreten

(Die Aufnahme kann in ein Ein- oder Zweibettzimmer erfolgen)

Heimrechnung senden an:

Der / Die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der obenstehenden Angaben und ermächtigt die Heimleitung bei Bedarf beim Hausarzt/Spital die notwendigen medizinischen/pflegerischen Auskünfte einzuholen.

Ort und Datum:

Unterschrift der Bewerberin / des Bewerbers:

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass mit der Entgegennahme der Anmeldung keine verbindliche Zusicherung für die Aufnahme gegeben wird. Über die Aufnahme entscheidet die Heimleitung.