**Ich melde mich für folgende Institution/ folgendes Angebot an:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Phönix Haus Flora | Phönix Haus Bättigmatte | Phönix Haus Schäfliwiese |
| Wohnen und Tagesstruktur | nur Tagesstruktur (für Externe) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personalien** | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Familienname: |  | | | | |  | | Vorname: | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | |  | | |  | | | |
| Geburtsdatum: |  | | | | |  | | Beruf: | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | |  | | |  | | | |
| Zivilstand: |  | | | | |  | | Konfession: | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | |  | | |  | | | |
| Heimatort: |  | | | | |  | | Kanton: | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | |  | | |  | | | |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz: |  | | | | |  | | AHV-/IV Nummer: | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | |  | | |  | | | |
| Wohnadresse: |  | | | | |  | | Mailadresse: | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | |  | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | |  | | |  | | | |
| PLZ/Ort: |  | | | | |  | | Telefon: | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| **Adressen** |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Hausarzt: |  | | | | | |  | | Telefon: | | |  | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| Adresse: |  | | | | | |  | | Mailadresse: | | |  | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| Facharzt: |  | | | | | |  | | Telefon: | | |  | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| Adresse: |  | | | | | |  | | Mailadresse: | | |  | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| Sozialdienst: |  | | | | | |  | | Telefon: | | |  | | |
| Adresse: |  | | | | | |  | | Mailadresse: | | |  | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| Wichtige Bezugsperson: |  | | | | | |  | | Telefon: | | |  | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| Adresse: |  | | | | | |  | | Mailadresse: | | |  | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | | |  | |
| Bezugsgrad: | (Ehe)-partner | | Eltern | Geschwister | | | | | | Kinder | | |  | |
|  |  | | | | | |  | |  | | | |  | |
| Gesetzlicher Vertreter: |  | | | | | |  | | Telefon: | | | |  | |
|  |  | | | | | |  | |  | | | |  | |
| Adresse: |  | | | | | |  | | Mailadresse: | | | |  | |
|  |  | | | | | |  | |  | | | |  | |
| Bezugsgrad: | Umfassender Beistand | | | | Mitwirkungsbeistand | | | | | | | | | Begleitbeistand |
|  | Vertretungsbeistand: | | | | Vertretung in den Bereichen: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vorsorge** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Vorsorgeauftrag vorhanden: | ja | | | | nein | | | | | | | | | in Bearbeitung |
|  |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| Hinterlegt bei: |  | | | | | |  | | Adresse/ Telefon | | |  | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| Patientenverfügung vorhanden: | ja | | | | nein | | | | | | | | | in Bearbeitung |
|  |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| Hinterlegt bei: |  | | | | | |  | | Adresse/ Telefon | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Renten** |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| IV-Rente: | ja seit | | | | nein | | | | | | | | | in Abklärung seit |
|  |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| Rente in Prozent: | % | | | | | |  | |  | | | | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| Ergänzungsleistung: | ja seit | | | | nein | | | | | | | | | in Abklärung seit |
|  |  | | | |  | | | | | | | | |  |
| AHV Rente: | ja seit        nein | | | | mit Besitzstandsgarantie | | | | | | | | | ohne Besitzstandsgarantie |
|  |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| Hilflosenentschädigung: | ja seit | | | | nein | | | | | | | | | in Abklärung seit |
|  |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| Grad der Hilflosigkeit: | leichten Grades | | | | mittleren Grades | | | | | | | | | schweren Grades |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| **Auf wann ist Ihr Eintritt ins Wohnheim / Beginn der Tagesstruktur vorgesehen?** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum: |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| Bemerkungen: |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Freiwilligkeitserklärung** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein Eintritt freiwillig erfolgen wird. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| Ort und Datum: | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| Unterschrift: | |  | | | | | | | | | | | | |
| Unterschrift gesetzliche Vertretung: | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Die Anmeldung hat nur Gültigkeit, wenn sie vollständig ausgefüllt und mit den beiden Formularen   * Kostengutsprache * Entbindung Schweigepflicht   zurückgesendet wird.  Vor Beginn findet ein Kontaktgespräch statt. Den Termin zu diesem Gespräch werden wir Ihnen bekannt geben. Für Fragen steht Ihnen die Aufnahme- und Koordinationsstelle (079 291 88 40) oder die Hausleitung des jeweiligen Standorts gerne zur Verfügung.  **Bitte nicht ausfüllen** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Eingang der Anmeldung: | |  | | | | |  | | Kontaktgespräch: | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Anwesende Personen: | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Eintrittstermin: | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |