**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: |       |  |  |  |
|  |