Anmeldung 🡪 bitte vollständig ausfüllen.

|  |
| --- |
| [ ]  **Pflegezimmer** bevorzugter Standort:[ ]  Sunnepark, Egerkingen [ ]  Roggenpark, Oensingen  |
| [ ]  **Pflegezimmer Wohngruppe für Menschen mit Demenz** Lindenpark, Balsthal |
| [ ]  **Pflegezimmer Wohngruppe für Menschen mit Behinderung** Lindenpark, Balsthal |
| [ ]  **Tagesgast** Gewünschter Wochentag       | [ ]  **Ferien- / Kurzaufenthalt** Gewünschter Termin von       bis       |
| [ ]  **Wohnungsmieter Seniorenwohnung** Sunnepark, Egerkingen  |
| [ ]  **Spitex-Kunde** [ ]  Sunnepark, Egerkingen [ ]  Roggenpark, Oensingen |

**1. Personalien Bewerber/in**

|  |  |
| --- | --- |
| Name       | Vorname       |
| Adresse       | PLZ/Ort       |
| Tel.       | Geburtsdatum              |
| Zivilstand       | Konfession        |
| AHV-Nr.       | Heimatort       |
| Wohnsitzgemeinde       |  |

**2. Personalien Primärangehörige**

|  |  |
| --- | --- |
| Name       | Vorname             |
| Adresse       | PLZ/Ort       |
| Telefon P       | Telefon G       |
| Mobiltelefon       | E-Mail       |
| Verwandtschaft/Bezug zum/zur Bewerber/in       |       |
| Wir versenden Informationen und Veranstaltungseinladungen an Angehörige prinzipiell per E-Mail. [ ]  Bitte ankreuzen, wenn Sie Informationen/Einladungen per Post wünschen |
| Sofern vorhanden: Bitte Kopie Urkunde Erwachsenenschutzbehörde/Patientenverfügung/Vorsorgeauftrag\* beilegen.\*Bitte beachten Sie, dass der Vorsorgeauftrag erst nach Validation der KESB gültig ist. |

**Rückseite beachten**

|  |
| --- |
| **3. Personalien weitere Angehörige** |
| Name       | Vorname       |
| Adresse       | PLZ/Ort       |
| Telefon P       | Telefon G       |
| Mobiltelefon       | E-Mail       |
| Verwandtschaft/Bezug zum/zur Bewerber/in:       |       |
| Wir versenden Informationen und Veranstaltungseinladungen an Angehörige prinzipiell per E-Mail. [ ]  Bitte ankreuzen, wenn Sie Informationen/Einladungen per Post wünschen |

**4. Gewünschter Eintritt**

|  |
| --- |
| [ ]  **vorsorglich**Das Leben in der gewohnten Umgebung ist noch möglich. Ihre Daten werden erfasst. Sie können uns bei einem definitiven Bedarf eines Zimmers kontaktieren.[ ]  **definitiv**Der Heimeintritt ist bei einem freien Zimmer erwünscht. Wir erfassen Ihre Daten und nehmen Sie auf die Warteliste. Sobald ein Zimmer frei wird, melden wir uns bei Ihnen. Ein Eintritt findet danach in der Regel innerhalb von 10 Tagen statt.Bemerkung       |

**5. Kopien beilegen von**

* **Identitätskarte** (ID, Familienbüchlein oder Pass)
* **Krankenkassenkarte** (muss gültig sein)

**6. Arzt**

|  |  |
| --- | --- |
| Hausarzt Dr.       | Ort       |

|  |
| --- |
| **Wichtige Informationen**       |
|       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum |  | Unterschrift Bewerber |  | Vertretung |
|       |  |  |  |  |

Bitte beachten Sie die **Datenschutzerklärungen** auf unserer Website. Auf Wunsch senden wir Ihnen ein ausgedrucktes Exemplar.