

Aufnahmegesuch dringend

Gewünschter Eintrittstermin innerhalb von 7 bis 30 Tagen

Name : ----- Vorname : -----

Name/Vorname : ----- lediger Name : -----
des Vaters : und Vorname
----- der Mutter -----

Geburtsdatum : ----- Geburtsort : -----

Heimatort : ----- Beruf : -----

Hinterlegungsort der Heimaturkunde : -----

Zivilstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden getrennt

Witwe des : ----- seit : -----

Witwer der : ----- seit : -----

Religion : ----- AHV-Nr. : -----

Adresse : ----- Telefonnummer : -----

Postleitzahl : ----- Ort : -----

Aktuelle Situation (zum Zeitpunkt der Anmeldung)

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wartebett | <input type="checkbox"/> Zuhause mit Pflege durch: |
| <input type="checkbox"/> anderes Pflegeheim | ◇ SMZ |
| <input type="checkbox"/> Spitalaufenthalt | ◇ Spitex |
| ◇ Ort : _____ | ◇ Privat |
| ◇ seit wann : _____ | ◇ Andere : _____ |
| | Kontaktperson Name / Vorname : _____ Telefon-Nr : _____ |

Verwandte und Kontaktpersonen

Verwandte

Name/Vorname : _____

Adresse : _____

Telefon-Nr. : _____

Verwandte

Name/Vorname : _____

Adresse : _____

Telefon-Nr. : _____

Kontaktperson

Name/Vorname : _____

Adresse : _____

Telefon-Nr. : _____

Zahleradresse : Name/Vorname -----
 Adresse -----

Sind Sie AHV-Bezüger ? Ja Nein

Wenn ja, bei welcher Ausgleichskasse ? -----

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nein |
| Erhalten Sie zusätzliche AHV-Leistungen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Falls ja, bitte eine Kopie der Verfügung beilegen

Zuständiger Arzt : -----
 Name, Adresse, Telefonnummer: -----

Krankenkasse : -----
 Name, Adresse, Telefonnummer: -----
 Versicherungsnummer: -----

Apotheke : -----
 Name, Adresse, Telefonnummer: -----

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nein |
| Wünschen Sie einen Telefonanschluss im Zimmer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Wünschen Sie einen Fernsehanschluss im Zimmer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der obigen Angaben und ermächtigt die Leitung des Pflegeheims, falls nötig Informationen beim behandelnden Arzt einzuholen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Hinweis

Da die Stiftung La Résidence zwei Heime im Oberwallis führt (APH St. Paul in Visp und APH Emserberg in Unterems), haben Sie die Möglichkeit, sich bei beiden Pflegeheimen anzumelden. Wenn Sie dies wünschen, kreuzen Sie bitte hier **Ja** an und wir werden Ihre Unterlagen auch an unser zweites Heim weiterleiten.

Erforderliche Beilagen zu diesem Gesuch

- Vollmacht bezüglich Hilflosenentschädigung (siehe Beilage)
- Kopie Krankenkassenkarte
- Kopie Identitätskarte
- Kopie Familienbüchlein
- Bestimmung der Beteiligung der Versicherten an den Pflegekosten, (siehe Beilage)

Falls Sie bereits eine Hilflosenentschädigung erhalten

- Kopie des Gesuches und des Entscheides

Falls Sie einen Beistand haben

- Ernennungsentscheid, Vollmacht

Selbständigkeit bei Verrichtungen des täglichen Lebens

| Sind Sie selbständig | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| beim Gehen : | Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| | Stock <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| | Rollator <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Gehilfe |
| bei der Körperpflege : | Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| beim Ankleiden / Entkleiden : | Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| beim Toilettengang : | Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| beim Aufstehen, Absitzen, Abliegen : | Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| beim Essen: | Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| beim Sorgen für Ihre Sicherheit | Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |

Ort und Datum :

Ausgefüllt von :

Unterschrift :

Verschlechtert sich die Situation zwischen diesem Aufnahmegesuch und dem tatsächlichen Eintritt, muss der Grad der Selbständigkeit neu bewertet werden.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Vollmacht

Der/die Unterzeichnete erteilt hiermit Vollmacht an :

- das Pflegeheim St. Paul, Paulusheimstrasse 3, 3930 Visp, bei der Ausgleichskasse des Kantons Wallis betreffend Erhalt einer Hilflosenentschädigung (AHV oder IV) die notwendigen Schritte einzuleiten

und ermächtigt:

- die zuständige Ausgleichskasse oder die IV-Stelle des Kantons Wallis, dem Pflegeheim St. Paul Kopien allfällig getroffener Entscheide betreffend Invalidenrente, Hilflosenentschädigung sowie Ergänzungsleistungen auszuhändigen.

Herr / Frau :

Geburtsdatum :

AHV-Nr. :

Ort und Datum
.....

Unterschrift des/der Versicherten
.....

Name des gesetzlichen Vertreters
.....

Unterschrift des ges. Vertreters
.....