

Aufnahmegesuch dringend

Gewünschter Eintrittstermin innerhalb von 7 bis 30 Tagen

Name : _____ Vorname : _____

Name/Vorname
des Vaters : _____ lediger Name/ : _____
Vorname der Mutter : _____

Geburtsdatum : _____ Geburtsort : _____

Heimatort : _____ Beruf : _____

Hinterlegungsort der Heimaturkunde : _____

Zivilstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden getrennt

Name des Ehegatten: _____

Witwe/r des/der : _____ seit : _____

Religion : _____ AHV-Nr. : _____

Adresse : _____ PLZ/Ort : _____

Telefon-Nr. : _____ Natel-Nr. : _____

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

Gesetzlicher Vertreter oder Kontaktperson

Name/Vorname: _____
Adresse: _____
Telefon-Nr.: _____ Natel-Nr.: _____
E-Mail-Adresse: _____
Verwandtschaftsgrad: _____

Verwandte

Name/Vorname: _____
Adresse: _____
Telefon-Nr.: _____ Natel-Nr.: _____
Verwandtschaftsgrad: _____

Verwandte

Name/Vorname: _____
Adresse: _____
Telefon-Nr.: _____ Natel-Nr.: _____
Verwandtschaftsgrad: _____

Zahleradresse

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Natel-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Sind Sie AHV-Bezüger ?

Ja

Nein

Wenn ja, bei welcher Ausgleichskasse ? _____

Ja

Nein

Erhalten Sie zusätzliche AHV-Leistungen ?

Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung ?

Falls ja, bitte eine Kopie der Verfügung beilegen

Ja

Nein

Patientenverfügung ?

Reanimation

Vertretungsvollmacht ?

Falls ja, bitte eine Kopie der Vollmacht beilegen

Zuständiger Arzt

Name, Adresse, Telefonnummer: _____

Krankenkasse

Name, Adresse, Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Apotheke

Name, Adresse, Telefonnummer: _____

Versicherungen (z.B. Air Zermatt): _____

Ja **Nein**

Wünschen Sie einen Telefonanschluss im Zimmer?

Wünschen Sie einen Fernsehanschluss im Zimmer?

Im Todesfall zu benachrichtigen:

Name/Vorname: Tel.-Nr.:

Meldung auch nachts: **Ja** **Nein**

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

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Hinweis

Da die Stiftung La Résidence zwei Pflegeheime im Oberwallis führt (APH St. Paul in Visp und APH Emserberg in Unterems), haben Sie die Möglichkeit, sich bei beiden Heimen 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 letzte Seite)
- Kopie AHV-Karte
- Kopie Krankenkassenkarte
- Kopie Identitätskarte
- Kopie Familienbüchlein
- Wohnsitzbestätigung
- Bestimmung der Beteiligung der Versicherten an den Pflegekosten (s/Beilage)

Falls Sie bereits eine Hilflosenentschädigung erhalten :

- Kopie des Gesuches und des Entscheides

Falls Sie einen Beistand haben :

- Ernennungsentscheid, Vollmacht

Falls Sie gegen COVID-19 geimpft sind:

- Kopie des COVID-19 Zertifikates

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 Emserberg**, Tolustrasse 44, 3948 Unterems, 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 Emserberg Kopien allfällig getroffener Entscheide betreffend Invalidenrente, Hilflosenentschädigung sowie Ergänzungsleistungen auszuhandigen.

Herr / Frau : -----

Geburtsdatum : -----

AHV-Nr. : -----

Ort und Datum:

Unterschrift des/der Versicherten:

Name des gesetzlichen Vertreters:

Unterschrift des ges. Vertreters:
