

Aufnahmegesuch dringend Gewünschter Eintrittstermin innerhalb von 7 bis 30 Tagen

Name	ime :		Vorname :					
Name/Vorname des Vaters		::		und Vorname				
Geburtsdat	um	:		Gebu	ırtsort	:		
Heimatort		:		Beruf		:		
Hinterlegun	gsort de	er Heimaturkunc	de:					
Zivilstand:	ledig	verheiratet		itwet □□	gesch	nieden □□	getrennt	
Witwe des	:		seit			:		
Witwer der	:		seit			:		
Religion	:		AH'	V-Nr.		:		
Adresse	:		Tele	efonnu	mmer	:		
Postleitzahl	:		Ort			:		

Aktuelle Situation (zum Zeitpunkt der Anmeldung) □ Wartebett ☐ Zuhause mit Pflege durch: □ anderes Pflegheim ♦ SMZ ☐ 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/Vornam Adresse	ne				
Sind Sie AHV-Bezüger ?			□ Ja	□ Nein		
Wenn ja, bei welch	ner Ausgleichskasse	e ș				
Erhalten Sie zusätzl Erhalten Sie eine H Falls ja, bitte eine k	ilflosenentschädigi	ung ?	egen	Ja	[ein
Zuständiger Arzt :						
Name, Adresse, Telefonnummer:						
Krankenkasse:						
Name, Adresse, Telefonnummer:						
Versicherungsnum	mer:					
Apotheke :						
Name, Adresse, Te	lefonnummer:					
Wünschen Sie eine	n Telefonanschlus	s im Zim	ımer?		Ja	Nein
Wünschen Sie eine	nmer?					

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		☐ mit Hilfe			
	Stock		Rollstuhl			
	Rollato	r 🗌	Gehilfe			
bei der Körperpflege :	Ja		☐ mit Hilfe			
beim Ankleiden / Entkleiden :	Ja		☐ mit Hilfe			
beim Toilettengang :	Ja		☐ mit Hilfe			
beim Aufstehen, Absitzen, Ablieg	gen: Ja		☐ mit Hilfe			
beim Essen:	Ja		☐ mit Hilfe			
beim Sorgen für Ihre Sicherheit	Ja		☐ 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.