

## Anmeldung

### für den Eintritt in das Wohn- und Pflegeheim Flawil

(Pro Person bitte ein Formular ausfüllen)

#### Personalien

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Wohnort
Telefon	E-Mail
Zivilstand	Geburtsdatum
Geboren in	AHV-Nummer 756.
Heimatort	Heimatschein hinterlegt in
Konfession	<input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/>
Aufenthaltsort	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Spital <input type="checkbox"/> seit

---

Hausarzt	(Name, Adresse)
Krankenkasse/Sektion:	Versicherten-Nr.
Versichertenkarte-Nr.	807. gültig bis

---

Vorhandene Dokumente       Vorsorgeauftrag       Patientenverfügung

---

#### Wohn- und Betreuungsform

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Daueraufenthalt  | <input type="checkbox"/> Kurz- und Ferienaufenthalt                    |   |
| <input type="checkbox"/> Wohnen mit Pflege und Betreuung  | <input type="checkbox"/> Geschützte Wohngruppe für Menschen mit Demenz |   |
| <input type="checkbox"/> 1er-Zimmer   | <input type="checkbox"/> 2er-Zimmer                                    | <input type="checkbox"/> 1er- oder 2er-Zimmer |
| <input type="checkbox"/> 2½-Zimmerwohnung „Betreutes Wohnen“, Krankenhausstrasse 5 (Daueraufenthalt)          |  |   |
| <input type="checkbox"/> 2½-Zimmer Pflegewohnung 5egg Oberdorfstrasse 1 (Daueraufenthalt, 1 oder 2 Personen)  |  |   |
| <input type="checkbox"/> 3½-Zimmer Pflegewohnung 5egg Oberdorfstrasse 1 (Daueraufenthalt, nur für 2 Personen) |  |   |
- 

#### Gewünschter Eintritt

- dringlich (ich trete ein, sobald ein Zimmer/Bett, eine Wohnung frei ist)  
 vorsorglich (ich melde mich frühzeitig, bevor ich eintreten möchte)
- 

#### Finanzielles / Korrespondenz

Meine finanziellen Angelegenheiten erledige ich selbstständig       Ja       Nein

Wenn nein; Anschrift des Rechnungsempfangenden

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon	E-Mail
Verwandtschaftsgrad / Beziehung / Funktion	
Die übrige Korrespondenz (Post) geht an: <input type="checkbox"/> Bewohnenden <input type="checkbox"/> Rechnungsempfangenden	

---

**Erste/r Angehörige/r oder Beistand (Kontaktperson)**

Name .....	Vorname .....
Strasse .....	PLZ / Ort .....
Verwandtschaftsgrad / Beziehung / Funktion .....	
Tel. Privat .....	Mobile .....
Tel. Geschäft .....	E-Mail .....

---

**Zweite/r Angehörige/r**

Name .....	Vorname .....
Strasse .....	PLZ / Ort .....
Verwandtschaftsgrad / Beziehung / Funktion .....	
Tel. Privat .....	Mobile .....
Tel. Geschäft .....	E-Mail .....

---

**Dritte/r Angehörige/r**

Name .....	Vorname .....
Strasse .....	PLZ / Ort .....
Verwandtschaftsgrad / Beziehung / Funktion .....	
Tel. Privat .....	Mobile .....
Tel. Geschäft .....	E-Mail .....

---

Wir arbeiten nach den Grundsätzen der Palliativpflege. Dabei werden körperliche, psychische, soziale, spirituelle und auch religiöse Aspekte berücksichtigt.

Das bedeutet für uns: Eine Freitodbegleitung können wir in unserer Institution nicht zulassen.  
Menschen, die den Wunsch nach Sterbehilfe haben, bitten wir, die entsprechende Unterstützung ausserhalb des Wohn- und Pflegeheim Flawil und des Standorts 5egg in Anspruch zu nehmen.

Mitglied einer Sterbehilfeorganisation:  Ja  Nein

---

**Rückfragen an**

Tel. Privat: ..... Tel. Geschäft: .....

---

**Bemerkungen**

---

Der/Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und akzeptiert die Taxordnung.

---

**Ort / Datum** .....

**Unterschrift** .....

Name / Vorname .....

---

Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt und nur für die administrative Abwicklung und Erfüllung der Vertragsbeziehung verwendet.