

Alters- und Pflegeheim St. Katharinen

**Anmeldeformular** vertraulich

St. Katharinen

Vorsorgliche Anmeldung (nur Seite 1–3 ausfüllen)

Dringliche Anmeldung (alle Seiten ausfüllen)

Dauervertrag  Ferienvertrag  Kurzzeitvertrag (8 Wochen,  
 von       bis       7 Tage Künd.-Frist)

**Vom Heim auszufüllen** Anfrage von

Abklärung: Aufnahme möglich?janeinVisum:

Vertragsverhandlung erledigt?janeinVisum:

Tage Reservationsgebühr

|  |  |
| --- | --- |
| Name/Vorname der anzumeldenden Person |  |
| Adresse  Aktueller Wohnort |  |
| Schriften in Gemeinde |  |
| Telefon |  |
| Geburtsdatum |  |
| Zivilstand |  |
| Konfession |  |
| Heimatort  Nationalität (Land Pass) |  |
| Hausarzt |  |
| Spezialarzt |  |
|  |  |
| **Krankenkasse +**  **Zusatzversicherung**   * Bitte beim Eintritt Kopie der Police(n) abgeben (nicht nötig bei vorsorgl. Anmeldung) * Erfassung im CC durch Sekretariat (nicht Pflege) | ............................................  Kopie Police Krankenkasse abgegeben  Kopie Police Zusatzversicherung abgegeben  Original Versicherungskarte Krankenkasse abgegeben  Original Versicherungskarte Zusatzversicherung abgegeben  Fehlendes folgt  Sekretariat muss Unterlagen bei Angehörigen anfordern |
| **AHV-Nummer** | ....................................................  (steht in der Regel auf der Krankenkassen-Karte) |

|  |  |
| --- | --- |
| Haftpflichtversicherung inkl. Hausrat | Ist obligatorisch und durch die einzutretende Person abzuschliessen |

Kontaktadressen

|  |  |
| --- | --- |
| Priorität 1 | Name/Vorname  Strasse/PLZ/Ort  Telefon  Handy  E-Mail  Verwandtschaftsgrad/Beziehung |
| Priorität 2 | Name/Vorname  Strasse/PLZ/Ort  Telefon  Handy  E-Mail  Verwandtschaftsgrad/Beziehung |

Rechtsdelegation

|  |  |
| --- | --- |
| Beistandschaft | Ja  Nein  Name/Vorname  Strasse/PLZ/Ort  Telefon  Handy  E- Mail |
| Vollmacht für Finanzen/Administration | Ja  Nein  Name/Vorname  Strasse/PLZ/Ort  Telefon  Handy  E-Mail |
| Vertretung für medizinische Belange | Ja  Nein  Name/Vorname  Strasse/PLZ/Ort  Telefon  Handy  E-Mail |

Zustelladresse für Heimrechnungen

|  |  |
| --- | --- |
|  | Name/Vorname  Strasse/PLZ/Ort  Telefon  Handy  E-Mail |
|  |  |

|  |
| --- |
| Bemerkungen |

Die/Der Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Bereichsleitung, beim Hausarzt weiterführende Auskünfte einzuholen.

Ort und Datum .............................................................

Unterschrift .............................................................

Unterschrift gesetzliche Vertretung / Beistand .............................................................

Anmeldung einsenden an:  
Bürgergemeinde Solothurn, Alters- und Pflegeheim Thüringenhaus & St. Katharinen, Baselstrasse 99, 4500 Solothurn  
([heime@bgs-so.ch](mailto:heime@bgs-so.ch))



**Es würde uns freuen, Sie als unseren zukünftigen Gast begrüssen zu dürfen.**

**Organisatorische Informationen**

Bei einer dringlichen Anmeldung bitten wir Sie die folgenden Seiten auszufüllen, damit bei einem möglichen Eintritt die entsprechenden Vorbereitungen getroffen werden können. **Fehlende Angaben werden beim Eintrittsgespräch ergänzt.**

Name/Vorname

|  |  |
| --- | --- |
| Eintritt  (Eintrittsdatum in Absprache mit dem Heim) | Datum und Zeit  Eintritt von wo  (z. B. zuhause, soH, KSO, and. Institution)  Begleitung  Mittagessen  Angehörige ................................................................. |
| Zimmer | Zimmernummer |
| Zimmermöblierung | Eigene Möbel ab Eintritt  Übergangsmöbel bei Daueraufenthalt bis max. 5 Tage, danach Kosten pro Tag Fr. 20.–  Ferienmöbel bei Vertrag mit fixem Austrittsdatum  Ferienmöbel bei Kurzzeitvertrag   (Achtung: bei Umwandlung in Dauervertrag Kosten ab  6. Tag nach Datum Dauervertrag Fr. 20.- pro Tag) |
| Telefon | Monatliche Kosten, auch bei Nichtgebrauch: Fr. 25.–/Monat  (inkl. Gespräche Inland, exkl. Ausland/kostenpflichtige Nrn.  Offizielle Nummer des Zimmers: 032 624 96  Ich möchte meine private Festnetz-Nr. ins Heim zügeln  (nur bei Dauervertrag möglich, Kosten einmalig Fr. 150.–)  Nr........................................... (anstelle der offiz. Nummer)  Eigenes Handy: Nr. ..........................................  Dürfen wir die Telefon-Nummern (Handy/Zimmer-Nr.) bei Anfragen von externen Personen (Verwandten, Bekannten) herausgeben?  Ja  Nein |
| WLAN | Fr. 25.– pro Monat bei Gebrauch  ja  nein |
| Post | an Zustelladresse weiterleiten (kostenpflichtig)  ins Zimmer legen |
| Taschengeldverwaltung | Bewohner/in selbständig  durch Angehörige  durch Sekretariat |
| Beziehen Sie EL?  (Ergänzungsleistungen) | ja  nein |
| Kleider beschriften | Durch Heim, auch für Kurzzeit-/Feriengäste  Kleider nicht beschriften: nur nach Rücksprache mit Leiterin Hauswirtschaft möglich. Formular unterschreiben lassen:  «Regelung für Wäsche ohne Namensetiketten» |
| Kleider flicken | Wird nicht angeboten |
| Kleider waschen | durch Heim  durch Angehörige  Sensible Kleidungsstücke, z. B. aus Wolle, Seide etc. müssen extern zum Reinigen gegeben werden. Wird es bei uns gewaschen, übernehmen wir keine Haftung für Schäden. |
| Pflegeprodukte | Müssen privat eingekauft werden |
| Coiffeuse | im Hause  eigene Coiffeuse ausser Haus |
| Podologin/Fusspflege | im Hause  ausser Haus |

**Medizinische Informationen / Hilfsmittel**

|  |  |
| --- | --- |
| Reanimation | Ja  Nein |
| Patientenverfügung  **(bitte Kopie abgeben)** | Ja  Nein |
| Allergien |  |
| Ernährung/Diät |  |
| Rollstuhl | Ja  Eigentum Bewohner  Eigentum Heim  Nein  *bei Eigentum Bewohner/in: Meldung an HD mit Auftragsformular durch das Pflegepersonal* |
| Rollator | Ja  Eigentum Bewohner  Eigentum Heim  Nein  *bei Eigentum Bewohner/in: Meldung an HD mit Auftragsformular durch das Pflegepersonal* |
| Andere Hilfsmittel | Ja  Nein  Welche Art von Hilfsmittel? |
| Brille  Hörgerät | Ja  Nein    Ja  Nein  Wenn ja:  links  rechts |
| Zahnprothesen | Ja  Nein  Wenn ja:  oben  unten  Zähne spezielles: |
| Covid-19-Impfung | Ja  Nein  Wenn ja: Zertifikat vorhanden?  ja  nein Kopie im Sekretariat abgegeben?  ja  nein |

**Sonstige wichtige, allgemeine Informationen**

|  |
| --- |
|  |

Dieses Blatt wurde durch folgende Person/en ausgefüllt: Datum

....................................................... .....................................

Dieses Blatt wurde mit folgender Pflegefachperson besprochen: Datum

....................................................... .....................................

**Besondere interne Infos** (vom Heim auszufüllen)

**Hausdienst/Reinigung**



**Hauswart**



**Pflege**



Bitte dieses Original-Formular am Tag nach dem Eintritt fertig ausgefüllt ins BW-Sekretariat im St. Katharinen geben! Vielen Dank.