

Aufnahmegesuch

für die Stiftung Alterszentrum Wengistein
in Solothurn

Alterszentrum Wengistein
Kirchweg 2
Postfach 156
4502 Solothurn

T 032 624 51 41
F 032 623 63 12
www.wengistein.ch
info@wengistein.ch

Eingang _____ Visum AZW _____

Bitte beachten Sie, dass wir nur vollständig ausgefüllte Aufnahmegesuche bearbeiten können. (Für Ehepaare bitte zwei Gesuche einreichen)

Antragsteller

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____
Geburtsdatum	_____	Tel. Nr.	_____
Heimatort	_____	Zivilstand	_____
Ehem. Beruf	_____	Konfession	_____
AHV. - Nr.	_____	In Solothurn wohnhaft seit	_____

Wichtige Adressen von Familienangehörigen oder anderen Bezugspersonen

Name	_____	Name	_____
Vorname	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	Strasse	_____
PLZ, Ort	_____	PLZ, Ort	_____
Tel. Nr.	_____	Tel. Nr.	_____
Mail	_____	Mail	_____
Bezug	_____	Bezug	_____
(Verwandtschaftsgrad)		(Verwandtschaftsgrad)	

Bitte vermerken Sie eine allfällige Vertretungsberechtigung (z.B. Beistand)

Anmeldung für

- Geschützte Abteilung/Demenzabteilung
- Pflegeabteilung,1er-Zimmer/Parzimmer
- Wohn- und Pflegeabteilung 1. + 2. OG, 1er-Zimmer
- Wohnabteilung ost,1er-Zimmer

Dringlichkeit der Aufnahme (Bitte markieren Sie den gewünschten Anmeldestatus)

Vorsorgliche Anmeldung → Die Personalien sind erfasst.
Ein Eintritt ist aktuell nicht vorgesehen.

Der Status kann noch nicht definiert werden → Der Eintritt ins AZW zeichnet sich ab.
Ein unmittelbarer Eintritt ist noch nicht zwingend erforderlich.

Superdringliche Anmeldung → Ein Eintritt ist unmittelbar erwünscht und erforderlich.
Die Anmeldung wird prioritär behandelt.

Bitte nehmen Sie mit uns Kontakt auf, wenn sich der Status Ihrer Anmeldung verändert.

Platzierungen werden nach Dringlichkeit und Eingang des Aufnahmegesuchs vorgenommen.

Es besteht kein Anspruch auf einen reservierten Platz.

Hausarzt

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Tel. Nr. _____

Krankenversicherung (Grundversicherung)

Name _____

Adresse _____

Tel. Nr. _____

Sektion _____

Mitgliednummer _____

Unfallversicherung

Name _____

Adresse _____

Tel. Nr. _____

Bei einem bevorstehenden Eintritt, werden wir Sie um ein aktuelles, spezifisches Arztzeugnis sowie Angaben zur Pflege und Betreuung bitten.

Der Antragssteller bezieht:

- AHV-Rente mtl./Fr. _____ PK-Rente mtl./Fr. _____
- IV-Rente mtl./Fr. _____ EL mtl./Fr. _____ HL mtl./Fr. _____

Bemerkungen:

Der / Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Verantwortlichen des Alterszentrums weiterführende Auskünfte bei Ärzten und Institutionen einzuholen.

Ihre Anmeldeunterlagen werden von uns **STRENG VERTRAULICH** behandelt.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____

(Antragsteller od. vertretungsberechtigte Person)

Eine gültige Anmeldung besteht, wenn das Aufnahmegesuch vollständig ausgefüllt bei uns eingegangen ist und durch das AZW entsprechend bestätigt wurde.