

# 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 \_\_\_\_\_

## 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.

## 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)	

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) oder erteilen Sie eine Vollmacht für die Personen- bzw. Vermögenssorge. Ein entsprechendes Formular können wir Ihnen gerne zur Verfügung stellen.

**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.**