



Anmeldeformular Wohnen

Mit dem Ausfüllen Ihrer Angaben bestätigen Sie, die Datenschutzerklärung b51 zur Kenntnis genommen zu haben und erklären sich mit deren Inhalt einverstanden.

Ich möchte mich gerne für folgende Wohnmöglichkeit im b51 anmelden:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> *Standard-Zimmer ab 22 m ² | <input type="checkbox"/> Wohnung Typ 1 ab 47 m ² |
| <input type="checkbox"/> *Superior-Zimmer ab 30 m ² | <input type="checkbox"/> Wohnung Typ 2 62 m ² |
| | <input type="checkbox"/> Wohnung Typ 3 64 – 66 m ² |
| | <input type="checkbox"/> Wohnung Typ 4 75 m ² |

Die Anmeldung erfolgt vorsorglich dringend für einen Kurzaufenthalt*
 für einen Langzeitaufenthalt

*Räume für **Kurzaufenthalter** werden durch uns möbliert, inkl. TV. Falls Sie ein Festnetztelefon im Zimmer wünschen, bitte hier ankreuzen .

Persönliche Angaben:

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Telefon-Nummer	_____
Heimatort	_____	E-Mail-Adresse	_____
Zivilstand	_____	Konfession (freiwillig)	_____

Persönliche Angaben des Wohnpartners / der Wohnpartnerin:

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Telefon-Nummer	_____
Heimatort	_____	E-Mail-Adresse	_____
Zivilstand	_____	Konfession (freiwillig)	_____

Ausstattungsünsche Langzeitaufenthalt:

- Einzelzimmer Westflügel: Festnetz-Telefon
 Fernseher (muss selbst mitgebracht werden)

Die Wohnungen und Zimmer im Ostflügel sind ans Glasfasernetz angeschlossen. Telefon, TV und Internet sind bei Langzeitaufenthalten im Ostflügel Sache des Mieters bzw. des Bewohners.

Freiwillige Angabe für Wohnungsmieter/in ohne Pflegebedarf:

Person, die wir kontaktieren dürfen und die in einer Notsituation entscheidungsbefugt ist, sofern uns keine Patientenverfügung bzw. kein Vorsorgeauftrag vorliegt:

Name / Vorname _____
Strasse / Haus-Nr. _____
PLZ / Ort _____
Handy-Nummer _____
E-Mail-Adresse _____
Beziehung (Partner/in, etc.) _____

Sollten Sie bereits einen Vorsorgeauftrag bzw. eine Patientenverfügung erstellt haben, können Sie uns gerne eine Kopie davon einreichen, wenn Sie dies wünschen.

Bemerkungen / Ergänzungen

Ort / Datum

Unterschrift

Für Bewohner/innen mit Pflegebedarf bitten wir, ergänzend folgende Angaben auszufüllen:

Aktueller Wohnsitz / Adresse

Strasse / Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Aktueller Aufenthalt

- zu Hause Kantonsspital St. Gallen anderes Heim
 Geriatrische Klinik Psychiatrische Klinik anderes Spital

Versicherung (bitte Kopie der Versicherungskarte beim Eintritt mitbringen)

Krankenkasse _____
Versicherten-Nummer _____

SVA-Nummer 756. _____

Hausarzt _____

Übernimmt Ihr Hausarzt Hausbesuche? ja nein

Bezugspersonen / Notfalladressen (Bitte in der Reihenfolge angeben, wie sie in Notfällen zu benachrichtigen sind):

Name / Vorname _____
Strasse / Haus-Nr. _____
PLZ / Ort _____
Handy-Nummer _____
E-Mail-Adresse _____
Beziehung (Partner/in, etc.) _____

Name / Vorname _____
Strasse / Haus-Nr. _____
PLZ / Ort _____
Handy-Nummer _____
E-Mail-Adresse _____
Beziehung (Partner/in, etc.) _____

Name / Vorname _____
Strasse / Haus-Nr. _____
PLZ / Ort _____
Handy-Nummer _____
E-Mail-Adresse _____
Beziehung (Partner/in, etc.) _____

Rechnungsadresse / Finanzverantwortliche/r

Name / Vorname _____
Strasse / Haus-Nr. _____
PLZ / Ort _____
Handy-Nummer _____
E-Mail-Adresse _____

Beistand

Name / Vorname _____
Strasse / Haus-Nr. _____
PLZ / Ort _____
Handy-Nummer _____
E-Mail-Adresse _____

Patientenverfügung

Haben Sie eine Patientenverfügung erstellt? ja nein
(bitte Kopie beim Eintritt mitbringen)

Vorsorgeauftrag

Haben Sie einen Vorsorgeauftrag erstellt? ja nein
(bitte Kopie beim Eintritt mitbringen)

Wenn nicht, bitten wir Sie, dies innert drei Monate nach Eintritt einzureichen.

Angaben zur Person, die für Sie in Notsituationen entscheidungsbefugt ist, sofern keine Patientenverfügung bzw. kein Vorsorgeauftrag vorliegt:

Name / Vorname _____
Strasse / Haus-Nr. _____
PLZ / Ort _____
Handy-Nummer _____
E-Mail-Adresse _____
Beziehung (Partner/in, etc.) _____

Finanzielle Verhältnisse

Beziehen Sie AHV Ergänzungsleistungen Hilflosen-Entsündigung
 andere Renten / Entschädigungen: _____

Bemerkungen / Ergänzungen

Ort / Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das Formular ausgefüllt und unterzeichnet an:
bruggwald 51, Wohnen und Pflege im Alter, Administration / Empfang, Bruggwaldstrasse 51,
Postfach 143, 9008 St. Gallen oder stellen Sie es uns elektronisch an info@bruggwald51.ch zu.