

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

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-Entschädigung  
 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](mailto:info@bruggwald51.ch) zu.