



STIFTUNG
PHÖNIX
URI

ANMELDUNG

- Ich bewerbe mich für einen Platz im Wohnheim in Altdorf.
 Ich bewerbe mich für das Begleitete Wohnen in der eigenen Wohnung.

Zutreffendes ankreuzen! Gewünschter Betreuungsbeginn: _____

Angaben zu meiner Person

Name: _____ Vorname: _____
AHV-/IV-Nr.: _____
Geburtsdatum: _____ Heimatort: _____
Nationalität: _____ Sprache: _____
Zivilstand: _____ Kinder: _____
Konfession: _____ Beruf: _____
Aktueller Aufenthaltsort: Klinik/Spital Institution bei Eltern/Angehörigen in eigener Wohnung
Wohnadresse: _____ Schriften deponiert in: _____
Telefonnummer: _____
Mobiltelefon: _____ E-Mail: _____

Zutreffendes ankreuzen!	Ja	Nein	angemeldet
IV-Rente (Invalidenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HE (Hilflosenentschädigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EL (Ergänzungsleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besteht zu: _____ %

Stufe: _____

Es besteht eine Persönliche Vorsorge.

Zutreffendes ankreuzen!	Ja	Nein	
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo deponiert? _____
Vorsorgeauftrag:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo deponiert? _____

Ich wünsche Unterstützung beim Erstellen einer Patientenverfügung oder eines Vorsorgevertrags.

Grund der Anmeldung: _____

Angaben über meine Krankheit und Probleme im Alltag: _____

Benötigen Sie Medikamente, wenn ja welche? (Bitte Medikamentenverordnung beilegen)

Meine Hobbys und Interessen sind: _____

Adressen

Beiständin:

Angehörige:

Tel. _____

Tel. _____

Mobiltelefon: _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

E-Mail: _____

Zahlerin:

selber Beiständin Angehörige andere

Krankenkasse:

Arbeitgeberin:
Kontaktperson:

Tel. _____

Tel. _____

Haftpflicht-Vers.: _____

Unfall-Vers.: _____

Tel. _____

Tel. _____

Hausärztin: _____

Psychiaterin: _____

Tel. _____

Tel. _____

Therapeutin: _____

Spez. Ärztin: _____

Tel. _____

Tel. _____

Besonderes:

Anmelde- und Bearbeitungsgebühr

Die Anmeldung wird gültig nach Einzahlung der Anmeldegebühr von Fr. 50.–.

Urner Kantonalbank 60-34-8 zu Gunsten Konto 192150-0320, IBAN: CH56 0078 5001 9215 0032 0

Bemerkungen. Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der Angaben, ermächtigt die Heimleitung beim Hausarzt oder anderen zuständigen medizinischen/psychiatrischen Fachpersonen Auskünfte einzuholen und entbindet diese von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht gegenüber der Heimleitung/Betreuungspersonen.

Freiwilligkeitserklärung. Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch, dass ich freiwillig von Phönix Uri betreut/begleitet werden möchte.

Ort, Datum:

Unterschrift: (Bewerberin)

Unterschrift: (Beiständin)

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt. Wir machen Sie ausdrücklich darauf aufmerksam, dass wir mit der Entgegennahme dieser Anmeldung nicht die Aufnahme zusichern. Nach Einholen der Informationen bei Ihren angegebenen Stellen und einem Gespräch mit der Heimleitung, werden wir über Aufnahme/Begleitung oder Ablehnung entscheiden. Der/die Bewerbende wird telefonisch oder schriftlich über diesen Entscheid informiert.