

## Anmeldung für

- Pflegeabteilung  
 Wohngruppe für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung  
 Entlastungsaufenthalt: von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

### 1. Personalien

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Heimatort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Zivilstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
AHV-Nr: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Schriften deponiert in: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
Heutiger Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
Angaben Ehe-/Lebenspartners: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bitte Kopie (beide Seiten) der Krankenkassenkarte beilegen.

- Gewünschter Eintrittstermin:**  vorsorglich  so bald als möglich  
**Gewünschtes Zimmer:**  1-er Zimmer  2-er Zimmer

### 2. Adresse von Angehörigen / Gesetzlicher Vertreter

**2.1** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

**2.2** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

«Über Generationen verbunden»

### 3. Zusatzleistungen gemäss Taxordnung

#### Persönlicher Telefonanschluss und TV im Zimmer.

Unsere Gäste können selbst bestimmen, ob sie ein Telefon oder TV zur Benutzung im Zimmer wünschen.

- Telefon:  Ja  Nein
- TV:  Ja  Nein
- Mietgerät  eigenes Gerät

#### Wäscheversorgung

- Kleider beschriften  Flickarbeiten bei Bedarf

### 4. Finanzierung

Die finanziellen Angelegenheiten werden geregelt durch / die Heimrechnung geht an:

Name: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

*(Die Heimrechnung wird bei Angabe einer E-Mail-Adresse ausschliesslich elektronisch zugestellt.)*

- Beziehen Sie bereits eine 

Ergänzungsleistung (EL)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Hilflosenentschädigung (HE)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
- Die voraussichtlichen Pflegekosten können aus vorhandenem Einkommen oder Vermögen beglichen werden.  Ja  Nein
- Wenn nein: Die voraussichtlichen Pflegekosten werden bis zur Auszahlung der Ergänzungsleistungen von den Angehörigen bevorschusst.  Ja  Nein
- In welcher Höhe sind Sie in der Lage Teilzahlungen an die Pflegekosten zu leisten, bis zur Ausrichtung der Ergänzungsleistung? CHF \_\_\_\_\_
- Der Kostenvorschuss von CHF 6'000.-- kann geleistet werden  Ja  Nein
- Der Kostenvorschuss von CHF 3'000.-- für den befristeten Eintritt kann geleistet werden  Ja  Nein

Wir nehmen zur Kenntnis, dass das Sozialamt der Wohngemeinde orientiert wird, wenn die Finanzierung nicht sichergestellt ist.

«Über Generationen verbunden»

SanaFürstenland AG

Betagtenzentrum Schwalbe | Schwalbenstrasse 3 | 9200 Gossau

T +41 71 388 12 88 | [schwalbe@sanafuerstenland.ch](mailto:schwalbe@sanafuerstenland.ch) | [www.sanafuerstenland.ch](http://www.sanafuerstenland.ch)

## 5. Verschiedenes

Besondere Wünsche und persönliche Mitteilungen an die Geschäftsleiterin des Betagtenzentrums Schwalbe:

---

---

Im Gesetz über die Pflegefinanzierung des Kantons St. Gallen vom 13. Februar 2011, Art. 4, Abs. 2 heisst es: „Die versicherte Person reicht dem Pflegeheim beim erstmaligen Heimeintritt eine Wohnsitzbescheinigung der politischen Gemeinde ein, in der sie beim Heimeintritt wohnte.“

Für Personen aus der Gemeinde Gossau ist dies nicht nötig, da wir die Wohnsitzbescheinigung direkt durch das Einwohneramt Gossau erhalten.

Haben Bewohnende vor dem Eintritt ins Betagtenzentrum Schwalbe ausserkantonalen Wohnsitz (nicht Kanton St. Gallen) muss **vor** dem Heimeintritt eine Kostengutsprache (Übernahme Pflegekosten) der Wohngemeinde eingereicht werden. Die Beiträge an die Pflegekosten sind von Kanton zu Kanton verschieden und können tiefer liegen als die Ansätze im Kanton St. Gallen. In diesem Fall ist die Differenz vom Bewohnenden zusätzlich zu tragen.

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der Angaben, ermächtigt die Geschäftsleiterin des Betagtenzentrum Schwalbe, beim Hausarzt bzw. Spital medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet den Arzt von der Schweigepflicht gegenüber der Geschäftsleiterin und der Leitung Pflege und Betreuung des Betagtenzentrums Schwalbe.

Es wird zur Kenntnis genommen, dass mit der Entgegennahme dieser Anmeldung durch die Geschäftsleiterin weder die Aufnahme in unsere Institution noch das gewünschte Bett/Zimmer zugesichert ist. Über die Aufnahme entscheidet die Geschäftsleiterin in Absprache mit den Betroffenen.

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

*Sämtliche Angaben werden von der Geschäftsleiterin und der Leitung Pflege und Betreuung des Betagtenzentrums Schwalbe vertraulich behandelt. Die Geschäftsleiterin wird sich nach Eingang der Anmeldung mit den Angehörigen in Verbindung setzen, um die weiteren Einzelheiten zu besprechen.*