

Dokument 1:

Bestimmung von vertretungsberechtigten Personen

Name und Vorname BewohnerIn: _____

Geb.-Datum: _____

1 Vertretung für alle meine Person betreffenden Fragen (vollumfänglich)

Diese Person vertritt alle meine Rechte und Interessen, sofern ich diese nicht selber wahrnehmen will oder kann:

Beginn dieser Vertretung: gleichzeitig mit dem Eintritt in das Heim, oder: _____

Name: _____

Vorname: _____

Wohnort: _____

Tel. Priv.: _____

Mobil: _____

Tel. Geschäft: _____

Bitte gewünschte Reihenfolge ①-②-③ angeben

Ort, Datum: _____

Unterschrift vollumfängliche Vertretung: _____

oder

2.1 Rechtsvertretung

Diese Person vertritt meine Rechte und Interessen, sofern ich diese nicht selber wahrnehmen will oder kann:

Beginn dieser Vertretung: gleichzeitig mit dem Eintritt in das Heim, oder: _____

Name: _____

Vorname: _____

Wohnort: _____

Tel. Priv.: _____

Mobil: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift Rechtsvertretung: _____

2.2 Vertretung in Finanzangelegenheiten

Diese Person vertritt meine Rechte und Interessen in Finanzangelegenheiten, sofern ich diese nicht selber wahrnehmen will oder kann:

Beginn dieser Vertretung: gleichzeitig mit dem Eintritt in das Heim, oder: _____

Name: _____

Vorname: _____

Wohnort: _____

Tel. Priv.: _____

Mobil: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift Vertretung in Finanzangelegenheiten: _____

2.3 Vertretung für meine Post

Dieser Person soll meine Post zugestellt werden:

Beginn dieser Vertretung: gleichzeitig mit dem Eintritt in das Heim, oder: _____

Name: _____

Vorname: _____

Wohnort: _____

Tel. Priv.: _____

Mobil: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift Vertretung für die Postzustellung: _____

Bei dieser Wahl bitten wir Sie, die Post bei der zuständigen Poststelle umadressieren zu lassen, und dies auch bei sämtlichen Amtsstellen zu melden.

2.4 Vertretung für Dienstleistungen

Von mir in Anspruch genommene Dienstleistungen innerhalb des Heims (z.B. Taschengeld- und Cafeteria-Bezüge, etc.) dürfen bis zu diesem Betrag pro Monat meiner Heimrechnung berechnet werden:

Monatliche Limite: Fr. _____ Ich wünsche keinerlei Belastungen und bezahle alles in bar

Beginn dieser Vertretung: gleichzeitig mit dem Eintritt in das Heim, oder:

Dazu kommen von mir in Anspruch genommene Leistungen von Coiffeuse, Pedicure etc.

2.5 Informationen über meinen Gesundheitszustand

Bei Veränderungen meines Gesundheitszustandes sollen folgende Personen informiert werden (mindestens eine Nennung ist erforderlich):

Name:	Vorname:	Verwandtschaftsgrad/Status:
Wohnort:	Tel. Priv.:	Mobil:
Tel. Geschäft:	Bitte gewünschte Reihenfolge ①-②-③ angeben	

Name:	Vorname:	Verwandtschaftsgrad/Status:
Wohnort:	Tel. Priv.:	Mobil:
Tel. Geschäft:	Bitte gewünschte Reihenfolge ①-②-③ angeben	

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, die volle Verantwortung für die Weiterleitung der vertraulichen Informationen über meinen Gesundheitszustand an weitere nahestehende Angehörige oder wichtige Kontaktpersonen zu übernehmen.

3 Änderungen

Änderungen der in dieser Regelung genannten Abmachungen sind nur gültig, wenn diese schriftlich festgelegt sind.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift BewohnerIn: _____

Das vollständig ausgefüllte und allseitig unterschriebene Formular muss innerhalb von acht Wochen nach dem Eintritt ins Heim im Sekretariat abgegeben werden.

Verteiler: Das Original dieser Regelung geht zurück an die BewohnerInnen.

Je eine Kopie befindet sich bei den eingesetzten Vertretungen, beim Hausarzt und im administrativen und pflegerischen Bewohner-Dossier des Heims. Bei Aktualisierungen sind die Kopien ebenfalls zu ersetzen.