|  |  |
| --- | --- |
| Name und lediger Name  |       |
| Vorname |       |
| Strasse / HausnummerWohnort (gesetzlicher Wohnsitz) |            |
| Geburtsdatum |       |
| Telefonnummer |       |
| Konfession |       |
| Zivilstand |       |
| Heimatort |       |
| AHV-Versicherungsnummer |       |
| Eintritt sofort | [ ]  Ja |
| Eintritt gewünscht innert 6 Monaten | [ ]  Ja |
| Anmeldung nur provisorisch | [ ]  Ja |
| Bemerkungen: |       |

Adressen von Familienangehörigen oder anderen Vertrauenspersonen

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Ansprechperson | Rechnungsadresse |
| Name |       | Name |       |
| Vorname |       | Vorname |       |
| Strasse |       | Strasse |       |
| PLZ, Wohnort |       | PLZ, Wohnort |       |
| Telefon  |       | Telefon  |       |
| E-Mail |       | E-Mail |       |
| Verwandtschaftsgrad |       | Verwandtschaftsgrad |       |
| Informationenper E-Mail [ ]   | per Post [ ]  | Rechnungper E-Mail [ ]  | per Post [ ]  |
|  |  |  |  |
| Weitere Angehörige/Bezugsperson | Weitere Angehörige/Bezugsperson |
| Name |       | Name |       |
| Vorname |       | Vorname |       |
| Strasse |       | Strasse |       |
| PLZ, Wohnort |       | PLZ, Wohnort |       |
| Telefon / Email |       | Telefon / Email |       |
| Verwandtschaftsgrad |       | Verwandtschaftsgrad |       |

Für finanzielle und rechtliche Belange

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Beistand | [ ]  Vormund | Bevollmächtigte | gemäss Vorsorgeauftrag [ ]  |
| Name |       | Strasse |       |
| PLZ, Wohnort |       | Telefon |       |

Hausarzt

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |       | PLZ, Ort |       |
| Strasse |       | Telefon |       |

Krankenkasse

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |       | Zusatzversicherung vorhanden |  mit Beitrag Heimaufenthalt [ ]  |
| Mitgliedernummer |       | Mitgliedernummer |       |

Übertritt von

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Institution (Spital, Klinik, etc.) | Name |       |
| [ ]  Zuhause ohne Spitex | [ ]  Zuhause mit Spitex |
|  |  |  |  |
| Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? | [ ]  Ja | [ ]  nein | [ ]  wird beantragt |
| Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung? | [ ]  Ja | [ ]  nein | [ ]  wird beantragt |
| Wenn ja | [ ]  leicht | [ ]  mittel | [ ]  schwer |

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der obigen Angaben und ermächtigt die Heimleitung bzw. die Pflegdienstleitung, weiterführende Auskünfte bei Ärzten und Institutionen einzuholen.

Ihre Anmeldeunterlagen werden von uns streng vertraulich behandelt.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort |       |
| Datum |       | Unterschrift |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wird vom Alterszentrum ausgefüllt | Bestätigt am |   | Visum |