|  |  |
| --- | --- |
| Name und lediger Name |  |
| Vorname |  |
| Strasse / Hausnummer  Wohnort (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 |  |
| Informationen per E-Mail | per Post | Rechnung per 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 |