

Anmeldung

Name und lediger Name

Vorname

Adresse (gesetzlicher Wohnsitz)

Geburtsdatum

Telefonnummer

Konfession

Zivilstand

Heimatort

AHV-Versicherungsnummer

Eintritt gewünscht innert 6 Monaten ☐ Ja

Eintritt gewünscht innert 24 Monaten ☐ Ja

Anmeldung nur provisorisch ☐ Ja

Adressen von Familienangehörigen oder anderen Vertrauenspersonen

1. Ansprechperson

Rechnungsadresse

Name

Name

Vorname

Vorname

Strasse

Strasse

PLZ, Wohnort

PLZ, Wohnort

Telefon

Telefon

Mobile

Mobile

E-Mail

E-Mail

Verwandtschaftsgrad

Verwandtschaftsgrad

Weitere Angehörige/Bezugsperson

Weitere Angehörige/Bezugsperson

Name

Name

Vorname

Vorname

Strasse

Strasse

PLZ, Wohnort

PLZ, Wohnort

Telefon

Telefon

Verwandtschaftsgrad

Verwandtschaftsgrad

**Alterszentrum
am Buechberg AG**

Bernardastrasse 3

5442 Fislisbach

Tel. 056 484 83 83

Fax 056 484 83 82

info@buechberg.ch

www.buechberg.ch

Für finanzielle und rechtliche Belange

☐ **Beistand** ☐ **Vormund**

Name	Strasse
PLZ, Wohnort	Telefon

Hausarzt

Name	PLZ, Wohnort
Strasse	Telefon

Krankenkasse

Name	Sektion
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