

Anmeldung

Personalien

| | | | |
|---|-------|--------------|-------------------|
| Vorname | _____ | Geburtsdatum | _____ |
| Name / lediger Name | _____ | Zivilstand | _____ |
| Strasse / Nr. | _____ | Konfession | _____ |
| PLZ / Ort | _____ | Heimatort | _____ |
| Telefon | _____ | Nationalität | _____ |
| E-Mail | _____ | AHV-Nr. | <u>756.</u> _____ |
| In welcher Gemeinde sind Sie steuerpflichtig? _____ | | | |

Angehörige oder Kontaktpersonen

1. Bezugsperson (Vertrauensperson)

| | | | |
|---------------|-------|----------------|-------|
| Vorname | _____ | Telefon | _____ |
| Name | _____ | Mobil | _____ |
| Strasse / Nr. | _____ | E-Mail | _____ |
| PLZ / Ort | _____ | Beziehungsgrad | _____ |

2. Bezugsperson

| | | | |
|---------------|-------|----------------|-------|
| Vorname | _____ | Telefon | _____ |
| Name | _____ | Mobil | _____ |
| Strasse / Nr. | _____ | E-Mail | _____ |
| PLZ / Ort | _____ | Beziehungsgrad | _____ |

3. Bezugsperson

| | | | |
|---------------|-------|----------------|-------|
| Vorname | _____ | Telefon | _____ |
| Name | _____ | Mobil | _____ |
| Strasse / Nr. | _____ | E-Mail | _____ |
| PLZ / Ort | _____ | Beziehungsgrad | _____ |

Rechnungsstellung

Bewohner/in Bezugsperson 1 2 3

| | | | |
|---------------|-------|----------------|-------|
| Vorname | _____ | Telefon | _____ |
| Name | _____ | Mobil | _____ |
| Strasse / Nr. | _____ | E-Mail | _____ |
| PLZ / Ort | _____ | Beziehungsgrad | _____ |



Versicherung

Krankenkasse _____

Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Karten-Nr. 807 _____

Versichertennummer _____

Hausarzt

Vorname _____

Name _____

Strasse / Nr. _____

Telefon _____

PLZ / Ort _____

Macht ihr Hausarzt Hausbesuche im Alters- und Pflegeheim? Ja Nein

Administrative Fragen

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? Ja Nein

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? Ja Nein

Ist eine Patientenverfügung vorhanden? Ja Nein

Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden? Ja Nein

Haben Sie einen Beistand? Ja Nein

Beistand Name _____

Beistand Adresse _____

Wünschen Sie..

- einen Telefonanschluss?
- einen Zimmerschlüssel?
- einen Fernseher im Zimmer?

Post / Korrespondenz an Bewohner

- Bewohner/in abgeben
- Rechnungsempfänger weiterleiten, wenn ja..
 - monatlich mit Bewohner/in-Rechnung
 - wird regelmässig abgeholt

Eintritt

Daueraufenthalt Gewünschter Eintrittstermin: _____

Kurzaufenthalt bis max. 3 Monate Gewünschter Eintrittstermin: _____

Tagesaufenthalt Wochentag(e): _____

Vorsorgliche Anmeldung (Kontaktieren Sie uns, wenn ein Eintritt konkret wird)

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Taxordnung und die Angaben auf diesem Formular zur Kenntnis genommen haben. Vor dem Eintritt in das Alters- und Pflegeheim muss ein separater Vertrag mit dem/der Bewohner/in abgeschlossen werden.

Ort / Datum

Unterschrift Bewohner/in oder Vertreter/in
