

**Anmeldeformular***(Feld bitte leer lassen)*

Reserviert ab: \_\_\_\_\_

def. Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

**WICHTIG:**     Krankenkassenkarte         Kopie AHV-Karte         Kopie Pass oder ID**Personalien**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

**NEUE** AHV-Nr.: **756.** \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

**Dringlichkeit/Zimmerwunsch**Anmeldung/Eintritt ist:     dringend         gelegentlich         vorsorglichIch interessiere mich für:     1-er Zimmer         2-er Zimmer         Ferienzimmer**Wird ein Zimmer frei – wer soll benachrichtigt werden?**

Name/Telefon: \_\_\_\_\_

**Adressen von nächsten Angehörigen\*** Sohn         Tochter         andere

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

 Sohn         Tochter         andere

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

 Sohn         Tochter         andere

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

**\*Benachrichtigungen erfolgen vorwiegend an die 1. aufgeführte Adresse!!!**

**Rechtliches**

- Es besteht ein Vorsorgeauftrag  ja  nein  
Es besteht eine Patientenverfügung  ja  nein

Für den Fall, dass der Bewohner urteilsunfähig ist, ist bei **medizinischen Massnahmen** folgende Person vertretungsberechtigt:

- Die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person.
- Der Beistand mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen.
- Die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt oder ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

Art des Bezugsverhältnisses: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Für den Fall, dass der Bewohner urteilsunfähig ist, ist für **die Unterzeichnung dieses Formulars** folgende Person zur **Vertretung** berechtigt.

- Die in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person.
- Die Person, welche mit dem Bewohner einen gemeinsamen Haushalt geführt hat oder regelmässig persönlichen Beistand leistet.
- Der Beistand mit schriftlicher Zustimmung der Erwachsenenschutzbehörde.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

Art des Bezugsverhältnisses: \_\_\_\_\_

Der/die Unterzeichnete erklärt, die Leistungen und Regelungen und die Taxordnung erhalten zu haben und diese Bestimmungen in allen Teilen anzuerkennen.

**Zukünftiger Bewohner** (urteilsfähig)

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Vertreter des zukünftigen Bewohners** (nicht urteilsfähiger Bewohner)

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ihre Anmeldung wird vertraulich behandelt!

