

Anmeldeformular Alters- und Pflegeheim*(Feld bitte leer lassen)*

Reserviert ab _____

def. Eintrittsdatum _____

Zimmer-Nr. _____

WICHTIG: Krankenkassenkarte Kopie Pass oder ID Patientenverfügung**Personalien**

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Konfession _____

AHV-Nummer **756.** _____

Heimatort _____

Telefon _____

Zivilstand _____

Mobil-Telefon _____

E-Mail _____

Dringlichkeit/ZimmerwunschAnmeldung/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 nächster Angehörigen oder Vertrauenspersonen**1. Ansprechperson (Benachrichtigungen erfolgen an diese Adresse!!!)**

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Mobil-Telefon _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad (Ehepartner, Sohn, Tochter usw.) _____

2. Ansprechperson

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Mobil-Telefon _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad (Ehepartner, Sohn, Tochter usw.) _____

Wer regelt die Finanzen?*(denken Sie an den Nachsendeauftrag bei der Post!)*

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ / Ort _____
Telefon _____ Mobil-Telefon _____
E-Mail _____
Verwandtschaftsgrad (Ehepartner, Sohn, Tochter usw.) _____

Hausarzt

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ / Ort _____
Telefon _____ Mobil-Telefon _____
E-Mail _____

Versicherungen

Krankenkasse _____ KK-Nr. _____
Adresse _____
 allgemein halbprivat privat (bitte genaue Adressangaben)
Unfallversicherung _____ Police-Nr. _____
Privathaftpflicht _____ Police-Nr. _____

Sonstiges

Sohn/Tochter des (Eltern) _____ und der _____
Letzter Wohnsitz _____

die Schriften sind in folgender Gemeinde hinterlegt (gesetzlicher Wohnsitz) _____

Eintritt von _____ Zuhause Spital andere
Bezug einer Hilfenentschädigung _____ keine leichte mittlere schwere
Bezug einer Ergänzungsleistung _____ ja nein
Briefkasten erwünscht _____ ja nein
TV-Anschluss erwünscht _____ ja nein
Telefonanschluss erwünscht _____ ja nein

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 _____
Strasse _____ PLZ / Ort _____
Telefon _____ Mobil-Telefon _____
E-Mail _____
Verwandtschaftsgrad (Ehepartner, Sohn, Tochter usw.) _____

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 _____
Strasse _____ PLZ / Ort _____
Telefon _____ Mobil-Telefon _____
E-Mail _____
Verwandtschaftsgrad (Ehepartner, Sohn, Tochter usw.) _____

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!