

**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/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 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 Hilflofenentschädigung \_\_\_\_\_  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!