

Anmeldeformular für Bewohnende

Aufenthaltsdauer: Langzeitaufenthalt Temporär
Eintrittszeitpunkt: sofort baldmöglichst vorsorglich
Wunschzimmer: Einerzimmer Doppelzimmer Appartement

Personalien:

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ und Ort _____
Geb.-Datum _____ Zivilstand _____
Telefon _____ Mobile _____
Konfession _____ Heimatort _____
Krankenkasse _____ Vers.-Nr. _____
Hausarzt _____ AHV-Nr. _____

Angehörige oder Bezugspersonen:

1. Bezugsperson

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ und Ort _____
Telefon _____ Mobile _____
Beziehung _____ E-Mail _____

2. Bezugsperson

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ und Ort _____
Telefon _____ Mobile _____
Beziehung _____ E-Mail _____

Besonderheiten: keine ja _____

Finanzen:

Ja, die finanziellen Angelegenheiten werden selbständig erledigt

☞ Sie empfangen die Rechnung

Nein, die finanziellen Angelegenheiten erledigt nachfolgende Vertretungsperson

☞ die Rechnung empfängt nachfolgende Person

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ und Ort _____

Telefon _____ Mobile _____

Beziehung _____ E-Mail _____

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen oder Hilflosenentschädigung? Ja Nein

Post:

Werden ankommende Briefsendungen selber bearbeitet? Ja Nein

Wenn Nein, wer bearbeitet diese?

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ und Ort _____

Telefon _____ Mobile _____

Beziehung _____ E-Mail _____

☞ **Bitte Umleitung der Briefsendungen veranlassen.**

Telefon:

Wünschen Sie einen Festnetzanschluss (Kosten mtl. CHF 15.--) Ja Nein

- Wenn ja, möchten Sie Ihre Tel.Nr. von zu Hause mitnehmen?
(einmalig CHF 120.--) Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Anbieter sind Sie jetzt? _____

- Wie lautet die Telefonnummer? _____

Wäsche

Wünschen Sie, dass die Wäsche im Haus gewaschen wird?
(wenn ja, wird die Wäsche kostenpflichtig beschriftet) Ja Nein

Pflegerische Unterstützung Zuhause:

Benötigen Sie Zuhause Unterstützung durch einen Pflegedienst? Ja Nein

Wenn Ja, Kontaktdaten

Organisation _____ Name _____

Strasse _____ PLZ und Ort _____

Telefon _____

Einzureichende Unterlagen:

Kopie Identitätskarte oder Pass

Kopie Krankenkassenkarte

Sofern vorhanden:

Kopie des Vorsorgeauftrages

ist in Arbeit

möchte keinen

Kopie der Patientenverfügung

ist in Arbeit

möchte keine

☞ wenn keine Patientenverfügung vorhanden ist, bitte medizinische Vertretungsperson angeben, welche vollständig Auskunft geben darf.

Name _____

Beziehung _____

Vorname _____

Mobile/Tel. _____

Ort, Datum

Unterschrift der med. Vertretungsperson

Hiermit bestätige ich, dass alle Daten korrekt sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Selbstverständlich werden Ihre Daten vertraulich behandelt.