

ANMELDUNG

Die Aufnahme ist vorgesehen für

Familienname _____
 Vorname(n) _____
 Gesetzlicher Wohnort _____
 Adresse _____
 Heimatort _____
 Geburtsdatum _____
 Konfession _____
 Zivilstand _____
 Sozialversicherungsnummer _____

Adressen von Familienangehörigen oder anderen Vertrauenspersonen

1. Ansprechperson

Name _____
 Vorname _____
 Strasse, Nr. _____
 PLZ, Wohnort _____
 Telefon _____
 Mobile _____
 E-Mail _____
 Verwandtschaftsgrad _____

Rechnungsadresse

Name _____
 Vorname _____
 Strasse, Nr. _____
 PLZ, Wohnort _____
 Telefon _____
 Mobile _____
 E-Mail _____
 Verwandtschaftsgrad _____

2. Gesetzliche Vertretung

Name _____
 Vorname _____
 Strasse, Nr. _____
 PLZ, Wohnort _____
 Telefon _____
 Mobile _____
 E-Mail _____
 Verwandtschaftsgrad _____

Weitere Angehörige/Bezugsperson

Name _____
 Vorname _____
 Strasse, Nr. _____
 PLZ, Wohnort _____
 Telefon _____
 Mobile _____
 E-Mail _____
 Verwandtschaftsgrad _____

Für finanzielle und rechtliche Belange

Begleitbeistandschaft (Art. 393) nach ZGB

Mitwirkungsbeistandschaft (Art. 396) nach ZGB

Vertretungsbeistandschaft (Art. 394) nach ZGB

Umfassende Beistandschaft (Art. 398) nach ZGB

Institution _____

Name, Vorname

Strasse, Nr. _____

der Vertretungsperson _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

Bankverbindung

Name _____

IBAN/Konto Nr. _____

Belastung via LSV gewünscht Ja Nein

Krankenkasse

Name _____

Sektion _____

Mitgliedernummer _____

Versicherungskartennummer (Bitte Kopie beilegen) _____

Hausarzt

Name _____

PLZ, Wohnort _____

Übertritt von

Institution (Spital, Klinik, etc.)

Name _____

Zuhause ohne Spitex Zuhause mit Spitex

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?

Ja Nein wird beantragt

Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung?

Ja Nein wird beantragt

Wenn ja Leicht mittel schwer

Besteht ein Vorsorgeauftrag?

Ja Nein

Wenn ja, wo hinterlegt? _____

Besteht eine Patientenverfügung?

Ja Nein

Wenn ja, bitte um Kopie

Wäsche

Wünschen Sie, dass wir die Wäsche waschen und beschriften?

Ja Nein

Weitere Mitteilungen

z.B. Festlegung des Taschengeldes, Adressen weiterer Angehörigen usw.

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der obigen Angaben und ermächtigt die Heimleitung bzw. die Pflegedienstleitung, weiterführende Auskünfte bei Ärzten und Institutionen einzuholen.

Der/die Unterzeichnende verpflichtet sich, die Kosten für den Aufenthalt in der pflegimuri gemäss der jeweils geltenden Taxordnung fristgerecht zu bezahlen. Sie/er bestätigt, die aktuell geltende Taxordnung erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Ihre Anmeldeunterlagen werden von uns streng vertraulich behandelt.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift