

Anmeldung

Die Aufnahme ist vorgesehen für

Name und lediger Name

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

Geburtsdatum

Heimatort

Konfession

Zivilstand

AHV-Versicherungsnummer

Adressen von Familienangehörigen oder anderen Vertrauenspersonen

1. Ansprechperson

Rechnungsadresse

Name

Name

Vorname

Vorname

Strasse, Nr.

Strasse, Nr.

PLZ, Wohnort

PLZ, Wohnort

Telefon

Telefon

Mobile

Mobile

E-Mail

E-Mail

Verwandtschaftsgrad

Verwandtschaftsgrad

Weitere Angehörige/Bezugsperson

Weitere Angehörige/Bezugsperson

Name

Name

Vorname

Vorname

Strasse, Nr.

Strasse, Nr.

PLZ, Wohnort

PLZ, Wohnort

Telefon

Telefon

Mobile

Mobile

E-Mail

E-Mail

Verwandtschaftsgrad

Verwandtschaftsgrad

Für finanzielle und rechtliche Belange

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Begleitbeistandschaft (Art. 393) nach ZGB | <input type="checkbox"/> Mitwirkungsbeistandschaft (Art. 396) nach ZGB |
| <input type="checkbox"/> Vertretungsbeistandschaft (Art. 394) nach ZGB | <input type="checkbox"/> Umfassende Beistandschaft (Art. 398) nach ZGB |

Institution

Name, Vorname der Vertretungsperson

Strasse, Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon

Hausarzt

Name

PLZ, Wohnort

Krankenkasse

Name

Sektion

Mitgliedernummer

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

Wäsche

Wünschen Sie, dass wir die Wäsche waschen und beschriften?

Ja Nein

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

Ihre Anmeldeunterlagen werden von uns streng vertraulich behandelt.

Ort

Datum

Unterschrift