



# Anmeldung

Name und lediger Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_ Heimatort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

AHV-Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

- ☐ Eintritt gewünscht innert 6 Monaten ☐ Eintritt gewünscht innert 12 Monaten
- ☐ Ehepaarzimmer

## Adressen von Familienangehörigen oder anderen Vertrauenspersonen

### 1. Ansprechperson

### Rechnungsadresse

Name \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ Strasse \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

## Für finanzielle und rechtliche Belange

☐ Beistandschaft

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## Hausarzt

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Besteht eine Patientenverfügung ☐ ja ☐ nein

## Krankenkasse

Name \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. / Policen-Nr. \_\_\_\_\_

Krankenkassenkarten-Nr. \_\_\_\_\_

## Übertritt von

☐ Institution (Spital, Klinik, etc.) Name \_\_\_\_\_

☐ Zuhause ohne Spitex

☐ Zuhause mit Spitex

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen ☐ ja ☐ nein ☐ wird beantragt

Beziehen Sie eine Hilflosen Entschädigung ☐ ja ☐ nein ☐ wird beantragt

Wenn ja ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer

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.  
Sie erhalten von uns eine schriftliche Bestätigung Ihrer Anmeldung.

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_