

Anmeldung



A) Personalien

Name _____ Vorname _____
Strasse/Nr. _____ PLZ/Wohnort _____
Geburtsdatum _____ Zivilstand _____ Nationalität _____
Bürgerort _____ Wohnsitzgemeinde _____
Konfession _____ Muttersprache _____ Herkunftsnation _____
Telefon-Nr. _____ Mobile _____
AHV/SVA-Nr. _____

B) Angehörige / Bezugspersonen

(1) Rechnungsempfänger Korrespondenzadresse gesetzlicher Vertreter Pro Senectute Beistand
Beziehung Ehepartner/Partner Tochter/Sohn Enkelin/Enkel _____

Name / Vorname _____
Strasse/Nr. _____ PLZ/Wohnort _____
E-Mail _____ Telefon privat _____
Mobile _____ Geschäft _____

(2) Rechnungsempfänger Korrespondenzadresse gesetzlicher Vertreter Pro Senectute Beistand
Beziehung Ehepartner/Partner Tochter/Sohn Enkelin/Enkel _____

Name / Vorname _____
Strasse/Nr. _____ PLZ/Wohnort _____
E-Mail _____ Telefon privat _____
Mobile _____ Geschäft _____

(3) Rechnungsempfänger Korrespondenzadresse gesetzlicher Vertreter Pro Senectute Beistand
Beziehung Ehepartner/Partner Tochter/Sohn Enkelin/Enkel _____

Name / Vorname _____
Strasse/Nr. _____ PLZ/Wohnort _____
E-Mail _____ Telefon privat _____
Mobile _____ Geschäft _____

(4) Rechnungsempfänger Korrespondenzadresse gesetzlicher Vertreter Pro Senectute Beistand
Beziehung Ehepartner/Partner Tochter/Sohn Enkelin/Enkel _____

Name / Vorname _____
Strasse/Nr. _____ PLZ/Wohnort _____
Beziehungsgrad _____ E-Mail _____
Telefon privat _____ Mobile _____ Geschäft _____

Bitte wenden →

C) Hausarzt

Name / Adresse _____

Weitere Ärzte _____

D) Krankenkasse

Name / Adresse _____

Mitglied-Nr. _____ allgemein privat halbprivatZusatzversicherung gleicher Anbieter andere Kasse:

Name / Adresse _____

Mitglied-Nr. _____

E) Weitere Angaben**Finanzielles**Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen? ja nein Abklärung/beantragtErhalten Sie bereits Hilfslosenentschädigung? ja nein Abklärung/beantragt**Aufenthalt vor Heimeintritt** zu Hause ohne Spitex Geriatrische Klinik anderes Heim _____ zu Hause mit Spitex Spital _____ andere Aufenthalt _____**Patientenverfügung**Ist vorhanden ja nein

Wird aufbewahrt bei: Name/Adresse _____

Ich wünsche ein Informationsgespräch ja neinVorsorgeauftrag/Vollmacht ist vorhanden ja nein**Gewünschter Eintritt / Hausführung** So bald als möglich Vorsorgliche Anmeldung**Zimmerwunsch:** 1er 2er 3er Hospizwohnung Ich habe das Heim bei einer Hausführung bereits kennengelernt Ich kenne das Heim noch nicht und wünsche eine Hausführung

Nach Eingang Ihrer Anmeldung werden wir Sie für eine Terminvereinbarung kontaktieren.

Wünsche / Mitteilungen / Bemerkungen

Von der Taxordnung und vom Heimreglement habe ich Kenntnis genommen:

Ort und Datum _____ Unterschrift _____