**A n m e l d u n g**

1. **Personalien**

Name Vorname X

Strasse/Nr. PLZ/Wohnort X

Geburtsdatum Zivilstand X

Nationalität Bürgerort X

Wohnsitzgemeinde Konfession X

(Zivilrechtlicher Steuerwohnsitz)

Herkunftsnation Muttersprache X

Telefon-Nr. Mobiltel. X

E-Mail NNSS/AHV-Nr. X

1. **Angehörige / Bezugspersonen**
2. Rechnungsempfänger  Korrespondenzadresse  gesetzlicher Vertreter  Pro Senectute  Beistand

Beziehung:  Ehepartner/Partner  Tochter/Sohn  Enkelin/Enkel  X

Name Vorname X

Strasse/Nr. PLZ/Wohnort X

E-Mai Telefon Privat X

Mobile Geschäft X

1. Rechnungsempfänger  Korrespondenzadresse  gesetzlicher Vertreter  Pro Senectute  Beistand

Beziehung:  Ehepartner/Partner  Tochter/Sohn  Enkelin/Enkel  X

Name Vorname X

Strasse/Nr. PLZ/Wohnort X

E-Mail Telefon Privat X

Mobile Geschäft X

1. Rechnungsempfänger  Korrespondenzadresse  gesetzlicher Vertreter  Pro Senectute  Beistand

Beziehung:  Ehepartner/Partner  Tochter/Sohn  Enkelin/Enkel  X

Name Vorname X

Strasse/Nr. PLZ/Wohnort X

E-Mail Telefon Privat X

Mobile Geschäft X

1. Rechnungsempfänger  Korrespondenzadresse  gesetzlicher Vertreter  Pro Senectute  Beistand

Beziehung:  Ehepartner/Partner  Tochter/Sohn  Enkelin/Enkel  X

Name Vorname X

Strasse/Nr. PLZ/Wohnort X

E-Mail Telefon Privat X

Mobile Geschäft X

1. **Hausarzt**

Name/Adresse X

Weitere Ärzte X

X

1. **Krankenkasse**

Auf Grund der vielen Nummern für die elektronische Abrechnung benötigen wir eine Kopie von beiden Seiten der Krankenkassenkarte.

Doppelseitige Kopie der Krankenkassenkarte anbei

1. **Weitere Angaben**

**Finanzielles**

Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen?  ja  nein  Abklärung/beantragt

Erhalten Sie bereits Hilfslosenentschädigung?  ja  nein  Abklärung/beantragt

**Aufenthalt vor dem Eintritt**

zu Hause ohne Spitex  Geriatrische Klinik  anderes Heim X

zu Hause mit Spitex  Spital  andere Aufenthalt X

**Patientenverfügung / Vorsorgeauftrag / Vollmacht**

Ist bereits vorhanden  ja  nein

Wird aufbewahrt bei: Name/Adresse X

Ich wünsche ein Informationsgespräch:  ja  nein

Vorsorgeauftrag  ja  nein / Vollmacht ist vorhanden  ja  nein

**Gewünschter Eintritt / Hausführung**

So bald als möglich  Vorsorgliche Anmeldung

**Zimmerwunsch:**  1er  2er  3er  Hospizwohnung

Ich habe das AZW bei einer Hausführung bereits kennengelernt

Ich kenne das AZW noch nicht und wünsche eine Hausführung

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

**Wünsche / Mitteilungen / Bemerkungen**

X

X

X

Von der Taxordnung und vom Heimreglement habe ich Kenntnis genommen:

Ort / Datum: Unterschrift: X