**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