



## Anmeldung

### Personalien

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

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Bürgerort \_\_\_\_\_ Wohnsitzgemeinde \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_ Muttersprache \_\_\_\_\_ Herkunftsnation \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ AHV/SVA-Nr. \_\_\_\_\_

### Angehörige / Bezugspersonen

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

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

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

Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_ Geschäft \_\_\_\_\_

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

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

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

Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_ Geschäft \_\_\_\_\_

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

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

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

Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_ Geschäft \_\_\_\_\_

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

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

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

Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_ Geschäft \_\_\_\_\_

**Hausarzt**

Name / Adresse \_\_\_\_\_

Weitere Ärzte \_\_\_\_\_

**Kranken-/Unfallversicherer**

Name / Adresse \_\_\_\_\_

Mitglied-Nr. \_\_\_\_\_ allgem.  privat  halbprivat 

Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben****Rechnungsempfänger / Korrespondenzadresse / gesetzlicher Vertreter**

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

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

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

Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_ Geschäft \_\_\_\_\_

Betreuung durch Pro Senectute  Gesetzliche Vertretung: Beistand  Vormund **Finanzielles**Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen? ja  nein  Abklärung/beantragt Erhalten Sie bereits Hilflosenentschädigung? ja  nein  Abklärung/beantragt Beratung bei Pro Senectute bereits erfolgt ja  nein  Termin vereinbart/offen **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  nein **Gewünschter Eintritt / Hausführung** So bald als möglich  Vorsorgliche Anmeldung 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**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_