

Anmeldeformular Pflegezimmer

Gewünschter Eintrittstermin

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eintritt per: _____ | <input type="checkbox"/> Zimmer: _____ |
| <input type="checkbox"/> so bald als möglich | <input type="checkbox"/> vorsorgliche Anmeldung (Warteliste) |
| <input type="checkbox"/> Pflegezimmer Wohngruppe | <input type="checkbox"/> Pflegezimmer geschützte Wohngruppe |

Aufenthaltsart

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ferientaufenthalt Kurzaufenthalt (bis 6 Wochen) |
| <input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalt |

Personalien

Name / Vorname <small>(Kopie der ID oder des Ausl. Ausweis beilegen)</small>	
Geburtsdatum	
Heimatort	
AHV-Nummer	
Zivilstand	
Konfession	
Adresse	
Telefonnummer	
Heimpapiere hinterlegt in	
Heutiger Aufenthaltsort	
Krankenkasse KVG inkl. Vers.-Nr. <small>(Kopie der KK-Karte beilegen)</small>	

Beistandschaft

- Ich habe einen Beistand (Bitte eine Kopie der Verfügung beilegen)
-
- Ich erhalte administrative Hilfe (z.B.: Post, Rechnungen, Zahlungen, etc...)
-
- Ich wünsche eine Beistandschaft / administrative Hilfe
-
- Ich habe eine Beistandschaft beantragt
-

Finanzierung

- Ich beziehe Ergänzungsleistungen
-
- Ich beziehe Invalidenrente
-
- Ich beziehe Hilflosenentschädigung
-

Verfügung

- Patientenverfügung (Bitte eine Kopie der Verfügung beilegen)
-
- Vorsorgeauftrag (Bitte eine Kopie des Auftrages beilegen)
-

Hausarzt

Name / Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	

Weitere Ärzte

Name / Vorname	
Art	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	

Weitere Ärzte

Name / Vorname	
Art	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	

Rechnungsempfänger

(nur, wenn nicht Bewohner*in)

Name / Vorname	
Art	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	
Verwandtschaftsgrad / Funktion	

 Ich wünsche die Heimrechnung elektronisch auf die obengenannte E-Mail-Adresse

1. Angehörige/r / Ansprechperson

Name / Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	
Verwandtschaftsgrad / Funktion	

Weitere Angehörige/r / Ansprechperson

Name / Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	
Verwandtschaftsgrad / Funktion	

Weitere Angehörige/r / Ansprechperson

Name / Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	
Verwandtschaftsgrad / Funktion	

Mitteilungen / Wünsche

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____