

Anmeldung Heimaufenthalt

Wir bitten Sie das Anmeldeformular vollständig auszufüllen, da wir alle hier aufgeführten Angaben zwingend für den administrativen Eintritt in unser Heim benötigen. Wir danken Ihnen herzlichst für Ihre Bemühungen.

Der grüne Bereich wird durch das Seniorenzentrum ausgefüllt								
Wohnform		Aufenthaltsform		Zuschläge		Informationen		
Zi./Nr.		<input type="radio"/>	Tagesaufenthalt	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	Telefonanschluss im Zimmer - Tel.:	
<input type="radio"/>	Einzelzimmer	<input type="radio"/>	Kurzaufenthalte	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	eigene Möbel	
<input type="radio"/>	Doppelzimmer	<input type="radio"/>	Daueraufenthalte			<input type="radio"/>	TV Anschluss im Zimmer	
<input type="radio"/>						<input type="radio"/>	Internetanschluss im Zimmer	
<input type="radio"/>						<input type="radio"/>	Wäscheversorgung (Heim)	
<input type="radio"/>						<input type="radio"/>	Beschriftung der Bewohnerwäsche (Heim)	
<input type="radio"/>						<input type="radio"/>	Wäscheversorgung (privat)	
Gewünschtes Eintrittsdatum								
<input type="radio"/>	Dringlich (so schnell wie möglich)			Ab		<input type="radio"/>	Vorsorglich (Warteliste)	
Personalien (Bewohner/in)								
Familiennamen				Lediger Name				
Vorname				Beruf				
Geburtsdatum				Konfession				
Zivilstand				AHV-Nummer				
Heimatort				Geburtsort				
Zivilrechtliche Wohnsitzadresse (Bewohner/in)								
Strasse / Nr.				Mobiltelefon				
PLZ / Ort				E-Mail				
Tel.				Fax				
Gegenwärtiger Aufenthaltsort (Bewohner/in) (Klinik, Spital, Kurhaus, REHA-Klinik, anderes Heim, etc.)								
Aufenthaltsort				Tel.				
Strasse / Nr.				E-Mail				
PLZ / Ort				Fax				
Ärzte								
Hausarzt								
Name/Vorname				Tel. Praxis				
Strasse / Nr.				PLZ / Ort				
Arzt bei Heimaufenthalt								
Name/Vorname				Tel. Praxis				
Strasse / Nr.				PLZ / Ort				
Versicherungen								
Krankenkasse								
Gesellschaft				Vers.-Nr. / Mitglieder-Nr.				
Strasse / Nr.				Versicherungskarten Nr.				
PLZ / Ort				Telefon				
<input type="radio"/>	Privatversicherung			<input type="radio"/>	Halbprivatversicherung		<input type="radio"/>	Allgemeine Versicherung
Unfallversicherung nach Invalidenversicherungsgesetz (IVG)								
Gesellschaft				Vers.-Nr.				
Strasse / Nr.				Versicherungskarten Nr.				
PLZ / Ort				Telefon				
Haftpflichtversicherung								
Gesellschaft				Policen-Nr.				
Strasse / Nr.				Telefon				
PLZ / Ort								

Rechnungsempfänger					
Rechnung an Bewohner/in	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN (Adresse unten eintragen)	
Adresse Rechnungsempfänger:					
Informationen / Dokumente für die Pflege und Betreuung					
EL-Verfügung vorhanden <small>(Ergänzungsleistung) (wenn ja, Kopie beilegen)</small>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Patientenverfügung <small>(wenn ja, Kopie beilegen)</small>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
EL-Antrag gestellt <small>(Ergänzungsleistung) (wenn ja, Kopie beilegen)</small>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Krankenkasse <small>(Kopie Leistungsausweis beilegen)</small>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Vorsorgeauftrag <small>(wenn ja, Kopie beilegen)</small>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Bezüger HE <small>(Hilflosenentschädigung) (wenn ja, Kopie beilegen)</small>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Beistandschaft <small>(wenn ja, Kopie beilegen)</small>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Bezüger IV <small>(wenn ja, Kopie beilegen)</small>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Nächste Angehörige / Bezugsperson / Vertretung / Beistand <small>(Bitte Verwandtschaftsgrad ausfüllen, z.B. Sohn / Tochter / Enkel / Bekannte...)</small>					
1. Bezugsperson (Ansprechperson / Vertrauensperson für die Anmeldung im Heim)					
Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:					
Familienname			E-Mail		
Vorname			Tel. Privat		
Strasse / Nr.			Tel. Geschäft		
PLZ / Ort			Mobile		
2. Bezugsperson (Vertretung / Beistand)					
Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:					
Familienname			E-Mail		
Vorname			Tel. Privat		
Strasse / Nr.			Tel. Geschäft		
PLZ / Ort			Mobile		
3. Bezugsperson (Angehörige)					
Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:					
Familienname			E-Mail		
Vorname			Tel. Privat		
Strasse / Nr.			Tel. Geschäft		
PLZ / Ort			Mobile		
4. Bezugsperson (Angehörige)					
Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:					
Familienname			E-Mail		
Vorname			Tel. Privat		
Strasse / Nr.			Tel. Geschäft		
PLZ / Ort			Mobile		
5. Bezugsperson (Angehörige)					
Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:					
Familienname			E-Mail		
Vorname			Tel. Privat		
Strasse / Nr.			Tel. Geschäft		
PLZ / Ort			Mobile		
Bemerkungen					

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____
Bewohner/in / Vertretung