

# Aufnahme-Gesuch - Anmeldeformular

## Personalien

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Heimatort: .....

Zivilstand: ..... Konfession: .....

Strasse: ..... PLZ/Wohnort: .....

AHV-Nummer: ..... Telefon/Mobile: .....

## Ehefrau/Ehemann/Eingetragene Partnerschaft

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ/Wohnort: .....

Telefon/Mobile: .....

## Administration/Finanzielles (Zutreffendes ankreuzen) bitte der Anmeldung beilegen

- |  |                               |   |
|--|-------------------------------|---|
| Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?     | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein   |
| Beziehen Sie Hilflosenentschädigungen? | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein   |
| Patientenverfügung vorhanden:          | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein   |
| Vorsorgeauftrag vorhanden:             | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein   |
| Demenzielle Erkrankung:                | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> fortgeschritten |
| Besteht eine Beistandschaft:           | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein   |

Wenn **Ja** bitte nachfolgend den Beistand ausfüllen:

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ/Wohnort: .....

Telefon/Mobile: ..... E-Mail: .....

## Kontaktadresse *Erstkontakt für medizinische und persönliche Auskünfte*

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ/Wohnort: .....

Telefon/Mobile: ..... Verwandtschaftsgrad: .....

**Weitere Kontaktadresse**

Name: ..... Vorname: .....  
Strasse: ..... PLZ/Wohnort: .....  
Telefon/Mobile: ..... Verwandtschaftsgrad: .....

**Weitere Kontaktadresse**

Name: ..... Vorname: .....  
Strasse: ..... PLZ/Wohnort: .....  
Telefon/Mobile: ..... Verwandtschaftsgrad: .....

**Ansprechpartner für finanzielle Angelegenheiten (Rechnungsempfänger)**

Name: ..... Vorname: .....  
Strasse: ..... PLZ/Wohnort: .....  
Telefon/Mobile: ..... Email: .....

**Bisheriger Hausarzt:**

Name: ..... Vorname: .....  
Strasse: ..... PLZ/Wohnort: .....  
Telefon: ..... E-Mail: .....

**Versicherungen:**

**Krankenversicherer (Grundversicherung):** .....  
Strasse: ..... PLZ/Wohnort: .....  
Mitgliedsnummer: .....

**Unfallversicherer:** .....  
Strasse: ..... Telefon: .....  
Policen-Nummer: .....

**Haftpflichtversicherung:** .....

Adresse: ..... Telefon: .....

Policen-Nummer: .....

**Radio/Fernseher/Telefonie:**

Werden Sie ein TV-Gerät mitbringen?  Ja  Nein

Werden Sie ein Radio mitbringen?  Ja  Nein

Wünschen Sie das Telefon im Zimmer?  Ja  Nein

*Direkter Anschluss vorhanden*

*In den öffentlichen Räumen kann das freie WLAN genutzt werden.*

**Eintrittstermin:**

Zeitpunkt des gewünschten Eintrittes?  vorsorglich  dringend

Der/Die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort und Datum: ..... Unterschrift: .....  
Gesuchsteller

Allenfalls Zweitunterschrift gesetzl. Vertretung

Ort und Datum: ..... Unterschrift; .....  
Gesetzliche Vertretung

Dem Aufnahmegesuch ist das von ihrem Vertrauensarzt ausgefüllte Arztzeugnis beizulegen.  
Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt.