

## Anmeldeformular

☐ Daueraufenthalt      gewünschter Eintrittstermin: \_\_\_\_\_

☐ dringende Anmeldung      ☐ definitive Anmeldung      ☐ vorsorgliche Anmeldung

☐ Geschützte Wohngruppe für Menschen mit Demenz

☐ Kurzaufenthalt:      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(2 - 6 Wochen)

### Personalien

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Zivilstand: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Bekanntgabe der Daten an Seelsorger ☐ ja ☐ nein

Steuerpflichtig (Schriften hinterlegt in): \_\_\_\_\_

AHV-Nr.:      756. \_\_\_\_\_

### Letzter Aufenthalt

☐ zu Hause      ☐ Spital      ☐ Reha-Klinik      ☐ andere Institution      ☐ Psychiatrie

Spitex-Betreuung vor Eintritt:      ☐ ja      ☐ nein

## Gewünschtes Zimmer / Einrichtung

☐ Zweierzimmer

☐ Einzelzimmer

*(EL-Bezüger benötigen ein ärztliches Zeugnis für die medizinische Notwendigkeit eines Einzelzimmers)*

## Möbel

Eigene Möbel:

☐ ja

☐ nein

Möbelbeschrieb: \_\_\_\_\_

## Telefon

Telefongerät durch das Pflegeheim:

☐ ja

☐ nein

Ich bringe mein eigenes Telefongerät mit:

☐ ja

☐ nein

*(Nummer kann nicht mitgenommen werden)*

## Medizinische Versorgung

### Hausarzt:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Wechsel zum Heimarzt:

☐ ja

☐ nein

## Versicherungen

### Krankenversicherung:

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Adresse, Ort (Sektion): \_\_\_\_\_

### Zusatzversicherung:

☐ ja

☐ nein

Name, Adresse, Ort: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Sozialversicherungen:

### Ausgleichskasse:

Adresse, Ort: \_\_\_\_\_

### Ergänzungsleistung:

☐ ja

☐ nein

☐ ist beantragt

### Hilflosen-Entschädigung:

☐ ja seit: \_\_\_\_\_

☐ nein

☐ ist beantragt

## Finanzielle Angelegenheit / Korrespondenz

Ich regle meine finanziellen Angelegenheiten selber: ☐ ja ☐ nein

Die Rechnungen sind an mich zu senden: ☐ ja ☐ nein

Die Korrespondenz ist an mich zu richten: ☐ ja ☐ nein

**Wenn nein**, Kontaktadresse: (bitte Vollmacht oder Urkunde beilegen)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Eigene Vorsorge / Patientenverfügung

**Selbständig:** ☐ ja

☐ von mir bevollmächtigte Person/Treuhand  
(Urkunde- oder Vollmachtskopie beilegen)

☐ nein

**Patientenverfügung vorhanden:** ☐ ja ☐ nein

**Vorsorgeauftrag vorhanden:** ☐ ja ☐ nein

**Bei Unselbständigkeit** (Vertretung bei Handlungs-/Urteilsunfähigkeit):

☐ nach Vorsorgeauftrag (Kopie beilegen wünschenswert)

☐ Behördliche Massnahme: Beistandschaft nach Art. Nr.: \_\_\_\_\_

☐ gesetzliche Vertretung nach Kaskadenordnung

**Bevollmächtigte Vertretung:** (bitte Urkunde- oder Vollmachtskopie beilegen)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Nächste Angehörige / Bezugsperson / Vertretung / Beistand**

**Erste Ansprechperson / Vertrauensperson:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Art der Beziehung: \_\_\_\_\_

**Weitere Angehörige / Bezugsperson:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad: \_\_\_\_\_

## Verschiedenes

Ich gebe mein Einverständnis für die Veröffentlichung meines Namens und Geburtstages für interne Aushänge:

☐ ja

☐ nein

Ich gebe mein Einverständnis für die Publikation von Fotos und Filmmaterial aus Veranstaltungen und Anlässen:

☐ ja

☐ nein

Ich bin Mitglied einer Sterbeorganisation: ☐ ja – welcher? \_\_\_\_\_ ☐ nein

## Kostenvorauszahlung

Bei Eintritt ist ein unverzinslicher Leistungsvorschuss gemäss Taxordnung zu leisten.

## Bemerkungen

---

---

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Heimleitung, beim Arzt / bei der Spitex medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet den Arzt/ die Spitex insofern von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht gegenüber der Heimleitung.

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Die betroffene Person bzw. die Bevollmächtigte Person bescheinigt, dass die Angaben mit den amtlichen Ausweisen übereinstimmen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Der Anmeldung sind idealerweise folgende Formulare beizulegen:

- Patientenverfügung / Vorsorgeauftrag
- Vollmacht