

Anmeldung für

Langzeitaufenthalt: Kurzaufenthalt: Kurzaufenthalt mit Standortgespräch:

Die Anmeldung ist: dringend: vorsorglich:

Personalien des zukünftigen Bewohnenden:

Name:	_____	Vorname:	_____
lediger Name:	_____	Adresse:	_____
PLZ/Ort:	_____	Gemeinde, wo Schriften sind:	_____
Zivilstand:	_____	Geburtsdatum:	_____
Heimatort:	_____	Konfession:	_____
Krankenkasse:	_____	KK-Nr:	_____
AHV-Nr.:	_____		

(Bitte bei Eintritt folgende Dokumente mitbringen: Kopie Niederlassungsbewilligung oder Familienbüchlein, Original Krankenkassenkarte.)

Vertretung in Vermögenssorge:

Zuständig für finanzielle Angelegenheiten (**Rechnungsadresse**):

Bewohner/in selber: Kontaktperson:

Beistand/Beiständin: (**Bitte bei Eintritt Kopie der Verfügung mitbringen.**)

Personalien der zuständigen Kontaktperson / Beistand/Beiständin: (*VG = Verwandtschaftsgrad)

Name/Vorname:	_____	*VG	_____
Adresse:	_____	PLZ/Ort:	_____
Tel.-Nr./Natelnr:	_____	E-Mail:	_____

Der/die Bevollmächtigte ist befugt, das zur Finanzierung des Lebensunterhaltes Notwendige auszuführen und mich gegenüber Dritten zu vertreten.

Ergänzungsleistungen: ja: (Bitte bei Eintritt Kopie der Verfügung mitbringen.) nein:
Hilflosenentschädigung: ja: (Bitte bei Eintritt Kopie der Verfügung mitbringen.) nein:
Vorsorgeauftrag vorhanden ja: (Bitte bei Eintritt Kopie mitbringen.) nein:
Patientenverfügung vorhanden ja: (Bitte bei Eintritt Kopie mitbringen.) nein:
Betreuung durch Zentrumsarzt ja: (Ich bin einverstanden.) nein:

Vertretung in Personensorge (*VG = Verwandtschaftsgrad)
(zuständig für medizinische/pflegerische Fragen)

Name/Vorname: _____ *VG _____
Adresse: _____ PLZ/Ort: _____
Tel.-Nr./Natelnr: _____ E-Mail: _____

Berufliche Tätigkeiten des zukünftigen Bewohnenden:

Persönliche Interessen/Hobbys: _____

Bemerkungen: _____

Vollmacht:

Geschäftsleitung sowie Zentrumsarzt werden hiermit ausdrücklich ermächtigt, die zur Erfüllung ihres Auftrages notwendigen Unterlagen (Berichte, Arztzeugnisse, Gutachten usw.) bei den zuständigen Stellen zur Einsichtnahme anzufordern und einzusehen. Ausserdem wird die zuständige IV-Stelle bzw. Ausgleichskasse zur Auskunftserteilung der Geschäftsleitung gegenüber ermächtigt.

Der/Die Unterzeichnende oder als Bevollmächtigte/r bestätigt, dass er/sie

- das Informationsblatt für Kurzaufenthalter vom 01.01.2018 und die Tarifliste (inkl. Im Tarif enthaltene Leistungen und Im Tarif nicht enthaltene Leistungen) erhalten hat und mit den Bestimmungen einverstanden ist.
- als Bewohner/in oder als Bevollmächtigte/r die Tarifliste sowie die Image-Broschüre erhalten hat und mit deren Bestimmungen einverstanden ist.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Weitere Angehörige/wichtige Bezugspersonen

Name/Vorname: _____ *VG _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr./NateInr: _____ E-Mail: _____

Name/Vorname: _____ *VG _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr./NateInr: _____ E-Mail: _____

Name/Vorname: _____ *VG _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr./NateInr: _____ E-Mail: _____

Hausarzt:

Name/Vorname: _____ Tel.-Nr: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Weitere Ärzte:

Name/Vorname: _____ Tel.-Nr: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Zahnarzt:

Name/Vorname: _____ Tel.-Nr: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Optiker:

Name/Vorname: _____ Tel.-Nr: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Hörgeräteakustiker:

Name/Vorname: _____ Tel.-Nr: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____