

## Anmeldung

Anmeldung zum Eintritt       Anmeldung für Interessentenliste

Bitte das Formular gut leserlich und vollständig ausfüllen (für jede Person ein Formular verwenden).

### 1) Persönliche Angaben zur/zum Bewerber/in

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_  
Zivilstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Heimatort: \_\_\_\_\_ Kirchgemeinde: \_\_\_\_\_  
Politische Gemeinde: \_\_\_\_\_ AHV-Nr.: \_\_\_\_\_  
Schriften deponiert in: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
Heutiger Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
Name und Vorname des  Ehe-/  Lebenspartners: \_\_\_\_\_

### 2) Angehörige oder Kontaktpersonen

	1. Bezugsperson	2. Bezugsperson
Name, Vorname:	_____	_____
Strasse/Nr:	_____	_____
PLZ/Ort:	_____	_____
Tel. Privat:	_____	_____
Tel. Geschäft:	_____	_____
Natel:	_____	_____
E-Mail:	_____	_____
Verwandtschaftsgrad (z.B. Tochter):	_____	_____

  

	3. Bezugsperson	4. Bezugsperson
Name, Vorname:	_____	_____
Strasse/Nr:	_____	_____
PLZ/Ort:	_____	_____
Tel. Privat:	_____	_____
Tel. Geschäft:	_____	_____
Natel:	_____	_____
E-Mail:	_____	_____
Verwandtschaftsgrad (z.B. Tochter):	_____	_____

### 3) Hausarzt

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

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

Strasse/Nr: \_\_\_\_\_

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

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

Fax Nr.: \_\_\_\_\_

Einweisender Arzt oder Institution/Spital: \_\_\_\_\_

### 4) Kranken-, Unfallversicherung (obligatorische Grundversicherung):

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Unfallversicherung: \_\_\_\_\_

Mitglieder-Nr.: \_\_\_\_\_

Mitglieder-Nr.: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr: \_\_\_\_\_

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

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

### 5) Finanzielles (bitte Zutreffendes mit X bezeichnen)

1. Die Bewohnerin/der Bewohner erledigt die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe (sie/er ist zugleich Rechnungsempfänger)

2. Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson:  
(Diese Person ist Rechnungsempfänger);  
siehe Dokument 1, Bestimmung der vertretungsberechtigten Person, oder:

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

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

Strasse/Nr: \_\_\_\_\_

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

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

Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

Natel: \_\_\_\_\_

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

Bezug zu BewerberIn: \_\_\_\_\_

Beziehen Sie Zusatzleistungen?  Ja  Nein  sind beantragt

Zuständige AHV-Ausgleichskasse: \_\_\_\_\_

## 6) Persönliche Wünsche

Ihr Wunschtermin für den Eintritt: \_\_\_\_\_

Möchten Sie einen Telefonanschluss im Zimmer?  Ja  Nein

Möchten Sie einen Fernsehanschluss im Zimmer?  Ja  Nein

Möchten Sie zuerst Probewohnen?  Ja  Nein

Welche Zimmerkategorie wünschen Sie?

Festvertrag:

Einzelzimmer mit WC / Lavabo K1

Einzelzimmer mit WC / Lavabo / Dusche K2

Einzelzimmer, vom Heim möbliert mit WC / Lavabo K3.1

Doppelzimmer (Zwei Zimmer mit Verbindungstüre zur Einzelbelegung) K4

Zweibettzimmer, vom Heim möbliert (Zwei BewohnerInnen teilen sich ein Zimmer) K5

Zweibettzimmer, vom Heim möbliert (Zur Einzelbelegung) K6

Übergangsvertrag (max. vier Wochen):

Einzelzimmer, vom Heim möbliert mit WC / Lavabo K3.2

Zweibettzimmer, vom Heim möbliert (Zwei BewohnerInnen teilen sich ein Zimmer) K7

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 7) Gesundheitliches:

Es steht Ihnen frei, sich auch nach erfolgtem Heimeintritt von Ihrem langjährigen Hausarzt betreuen zu lassen. Voraussetzung dafür ist, dass Ihr Hausarzt mit unserem Pflegeteam aktiv zusammenarbeitet und bei Bedarf Hausbesuche bei Ihnen macht.

**Die Heimleitung sowie der Pflegedienst sind verpflichtet, sämtliche Angaben streng vertraulich zu behandeln.**

Ort und Datum:

Die/der BewerberIn:

Gesetzlicher Vertreter:

\_\_\_\_\_

Wir verweisen darauf, dass über eine Aufnahme erst nach notwendigen Abklärungen entschieden werden kann und somit mit der Anmeldung keine Aufnahme zugesichert ist.

**Bei einer definitiven Eintrittszusage müssen folgende Unterlagen vorliegen:**

- 1. Depotzahlung im Betrage von Fr. 7'900**
- 2. Medizinisch-pflegerischer Überweisungsrapport oder ein aktueller Arztbericht**
- 3. Ausgefülltes LSV-/DD-Formular** (Lastschrift- bzw. Debit Direct-Formular)