



Heimeintritt

ANMELDUNG

Personalien

Name inkl. lediger Name		Vorname	
Strasse		PLZ / Ort	
Geburtsdatum		Heimatort	
Konfession		Zivilstand	
Telefon		Handy	
E-Mail		AHV-Nr.	
Woher kommen Sie?	<input type="checkbox"/> Zuhause <input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> Reha <input type="checkbox"/> Anderes:		
Lebensform	<input type="checkbox"/> Alleinlebend <input type="checkbox"/> Mit Ehepartner/in, Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> mit anderer Person im gleichen Haushalt lebend		Vorname / Name:
Hausarzt		Heimarzt	
Apotheke			
Krankenkasse		Vers. Nr.	
Veka-Nr. / Kartennr.	(20-stellige Nummer)		
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sterbeorganisation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen zur AHV/IV?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Kontaktpersonen – Erste/r Angehörige/r (1. Ansprechperson/Vertrauensperson):

Name		Vorname	
Strasse		PLZ / Ort	
Telefon		Handy	
E-Mail		Bezug zu Bewohner	

Weitere/r Angehörige/r:

Name		Vorname	
Strasse		PLZ / Ort	
Telefon		Handy	
E-Mail		Bezug zu Bewohner	



Weitere/r Angehörige/r:

Name		Vorname	
Strasse		PLZ / Ort	
Telefon		Handy	
E-Mail		Bezug zu Bewohner	

Rechnungsadresse (Zahler):

Name		Vorname	
Strasse		PLZ / Ort	
Telefon		Handy	
E-Mail		Bezug zu Bewohner	

Anmeldung	<input type="checkbox"/> vorsorglich	<input type="checkbox"/> definitiv
	Bitte beachten Sie, dass Sie mit einer vorsorglichen Anmeldung beim definitiven Eintrittswunsch keine Vorteile in Bezug auf den Termin geniessen.	
Eintrittstermin (Wunsch)		
Grund für den Eintritt	<input type="checkbox"/> Ferien	<input type="checkbox"/> Daueraufenthalt
Zimmerart	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer

Bemerkungen:

Ort/Datum _____

Unterschrift _____