



- Ferien
- Festeintritt

Durch Fachexpertin zu ergänzen:

Name/Vorname _____

Eintrittsdatum: _____

Abteilung: _____

Zimmernummer: _____

1. Personalien

Name und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Zivilstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

seit: _____

Konfession: _____

Jetzige Adresse: _____

Wohnsitz (PLZ / Ort): _____

Heimatort: _____

Name Ehegatte: _____

Welchen Beruf haben Sie ausgeübt? _____

Waren Sie schon früher in einem Heim? Ja Nein

Wenn ja, in welchem: _____

Aus welchem Grund sind Sie dort ausgetreten? _____

Grund der Anmeldung: _____

Allgemeine Bemerkungen: _____

2. Beistandschaft

Besteht eine offizielle Beistandschaft?

Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte die Art der Beistandschaft an:

- Begleitbeistandschaft
- Vertretungsbeistandschaft
- Vermögensverwaltung
- Mitwirkungsbeistandschaft
- Umfassende Beistandschaft
- Kombinierte Beistandschaft

Zuständige KESB:

Name des Beistandes:

Adresse und Telefonnummer:

3. Administratives und Versicherungen

Rechnungsanschrift/Zahlstelle

Vor- und Nachname:

Adresse:

Telefonnummer:

Mobilnummer:

E-Mail Adresse:

Krankenkasse KVG (Grundversicherung)

Name der Versicherung: -----

Mitgliedernummer: -----

Kartennummer: -----

Karte gültig bis: -----

Krankenkasse VVG (Zusatzversicherung)

Name der Versicherung: -----

Mitgliedernummer: -----

Kartennummer: -----

Karte gültig bis: -----

AHV

Zuständige Gemeinde: -----

AHV-Nummer: -----

4. Angehörige und Bezugspersonen**1. Kontaktperson**

Vor- und Nachname: -----

Art der Beziehung (Bsp. Tochter): -----

Adresse: -----

Telefonnummer: -----

Mobilnummer: -----

E-Mail Adresse: -----

Weitere Angehörige / Bezugspersonen

Vor- und Nachname: _____

Art der Beziehung (Bsp. Tochter): _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Vor- und Nachname: _____

Art der Beziehung (Bsp. Tochter): _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Vor- und Nachname: _____

Art der Beziehung (Bsp. Tochter): _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

5. Beilagen

Bitte legen Sie Kopien folgender Dokumente dem Anmeldeformular bei:

- AHV-Ausweis
- Kopie Ausweis/ Identitätskarte
- Kopie Krankenkassenkarte
- Ernennungsurkunde der Beistandschaft (falls vorhanden)
- Patientenverfügung (falls vorhanden)

6. Bestätigung der Angaben und Vollmacht

Die angemeldete Person ist über einen eventuellen Heimeintritt orientiert.

Die Unterzeichneten bestätigen, die allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) für Bewohnerinnen und Bewohner, anerkannt sowie das Anmeldeformular rechtmässig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Die Unterzeichneten bestätigen die Richtigkeit der Angaben auf sämtlichen Formularen und entbinden die Ausgleichskasse ausdrücklich von der Schweigepflicht gegenüber dem Heim über die Belange des Einkommens und Vermögens sowie der Renten der Sozialversicherung, der Hilflosenentschädigung, Ergänzungsleistungen, usw. Neue Rentenverfügungen der zuständigen Ausgleichskasse sind dem Heim zu melden.

Die Geschäftsführung und die Heimgärtin werden ausdrücklich ermächtigt, die zur Erfüllung ihres Auftrages notwendigen Unterlagen (Berichte, Arztzeugnisse, Gutachten, usw.) bei den zuständigen Stellen zur Einsichtnahme anzufordern und einzusehen. Die erhaltenen Angaben werden vertraulich behandelt und unterstehen dem Gesetz über den Datenschutz.

Mit der Anmeldung und den Aufnahmebedingungen erklären sich einverstanden

Ort und Datum:

Die angemeldete Person:

Gesetzlicher Vertreter / Zahlstelle
