

# Anmeldeformular

---

Ferien

Festeintritt

Diese Angaben werden von den Fachexperten des Seelandheims ergänzt:

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum \_\_\_\_\_

Abteilung \_\_\_\_\_

Zimmernummer \_\_\_\_\_

## 1. Personalien

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Zivilstand  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden

seit \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Aktuelle 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? \_\_\_\_\_

Weshalb sind Sie dort ausgetreten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Grund der Anmeldung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allgemeine Bemerkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2. Beistandschaft

Besteht eine offizielle Beistandschaft?  ja  nein

Wenn ja, welche Art?

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

Zuständige KESB

---

Name des Beistandes

---

Adresse

---

---

Telefon

---

## 3. Administratives und Versicherung

**Rechnungsanschrift/Zahlstelle**

Vorname/Name

---

Adresse

---

---

Telefon

---

Mobile

---

E-Mail-Adresse

---

**Kontaktperson für medizinische Belange**

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**Krankenkasse KVG (Grundversicherung)**

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Mitgliedernummer \_\_\_\_\_

Kartenummer \_\_\_\_\_

Karte gültig bis \_\_\_\_\_

**Krankenkasse VVG (Zusatzversicherung)**

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Mitgliedernummer \_\_\_\_\_

Kartenummer \_\_\_\_\_

Karte gültig bis \_\_\_\_\_

**AHV**

Zuständige Gemeinde \_\_\_\_\_

AHV-Nummer \_\_\_\_\_

#### 4. Angehörige und Bezugspersonen

##### Erste Kontaktperson

Vorname/Nachname

---

Art der Beziehung (z. B. Tochter)

---

Adresse

---

---

Telefon

---

Mobile

---

E-Mail-Adresse

---

##### Weitere Angehörige/Bezugspersonen

Vorname/Nachname

---

Art der Beziehung (z. B. Tochter)

---

Adresse

---

---

Telefon

---

Mobile

---

E-Mail-Adresse

---

Vorname/Nachname

---

Art der Beziehung (z. B. Tochter)

---

Adresse

---

---

Telefon

---

Mobile

---

E-Mail-Adresse

---

Vorname/Nachname

---

Art der Beziehung (z. B. Tochter)

---

Adresse

---

---

Telefon

---

Mobile

---

E-Mail-Adresse

---

## 5. Beilagen

Bitte legen Sie dem Anmeldeformular Kopien folgender Dokumente 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 Heimärzte 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

---

Unterschrift

Angemeldete Person

---

Unterschrift

Gesetzliche Vertretung/Zahlstelle

---