

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

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Aktuelle Adresse

Wohnsitz (PLZ/Ort)

Zivilrechtlicher Wohnsitz

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?

Zuständige KESB

Name des Beistandes

Adresse

Telefon

3. Administratives und Versicherung

Besteht ein elektronisches Patientendossier (EPD)? ja nein

Falls ja: ist dieses für das Seelandheim freigeschaltet? ja nein

Rechnungsanschrift/Zahlstelle

Vorname/Name

Adresse

Telefon

Mobile (zwingend notwendig)

E-Mail-Adresse (zwingend notwendig)

Kontaktperson für medizinische Auskünfte (Angehörige)

Vorname/Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Mobile _____

E-Mail-Adresse _____

Krankenkasse KVG (Grundversicherung)

Name der Versicherung _____

Mitgliedernummer / Police _____

Kartenummer (807560...) _____

Karte gültig bis _____

Krankenkasse VVG (Zusatzversicherung)

Name der Versicherung _____

Mitgliedernummer _____

Kartenummer _____

Karte gültig bis _____

AHV

Zuständige Gemeinde _____

AHV-Nummer (13-stellige Nr. 756...) _____

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 (beidseitig)
- 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
