

Anmeldeformular

Altersheim

Pflegeheim

Personalien

Name / Vorname _____

Geburtsname _____

Strasse / Nr. _____

PLZ / Wohnort _____

Tel. Privat _____ Tel. Mobile _____

E-Mail _____

Heimatort _____ Schriften in Gemeinde _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Geschlecht w m Konfession _____

Zivilstand _____

Nationalität _____ Herkunftsland _____

Muttersprache _____ Ehemaliger Beruf _____

AHV-Nummer 756.____.____.____ Steuerort _____

1. Ansprechperson / zur Vertretung berechtigte Person

Name / Vorname _____

Adresse / PLZ Ort _____

Verwandtschaftsgrad _____ Tel. Privat _____

Tel. Geschäft _____ Tel. Mobile _____

E- Mailadresse _____

2. Ansprechperson

Name / Vorname _____

Adresse / PLZ Ort _____

Verwandtschaftsgrad _____ Tel. Privat _____

Tel. Geschäft _____ Tel. Mobile _____

E- Mailadresse _____

Wer regelt die finanziellen Angelegenheiten?

Name / Vorname _____

Adresse / PLZ Ort _____

Tel. Privat _____ Tel. Mobile _____

Hausarzt

Name / Vorname _____

Adresse / PLZ Ort _____

Tel. Praxis _____ Fax Praxis _____

Krankenkasse (obligatorische Grundversicherung)

Name _____

Adresse / PLZ Ort _____

Mitgliedernummer _____

Versicherungsart Allgemein Halbprivat Privat Hausarztmodell

Renten

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? Ja Nein ist beantragt

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? Ja Nein ist beantragt

Zuständige AHV Ausgleichskasse _____

Rente/Pension per Monat: CHF _____ AHV per Monat: CHF _____

Anderes: _____

Zimmer- oder Wohnungswunsch

Pflegeheim Einbettzimmer Zweibettzimmer Mehrbettzimmer

Altersheim Zimmer klein Zimmer mittel Zimmer gross

Altersheim 1.5-Zimmer-Wohnung 2.5-Zimmer-Wohnung

Eintritt ins Heim

Warteliste vorsorglich
Keine Kontaktaufnahme durch das Heim
bei freiem Zimmer

Warteliste dringlich
Kontaktaufnahme durch das Heim
bei freiem Zimmer

Mit wem sollen wir Kontakt aufnehmen? (Name, Telefon Privat, Geschäft, Mobile)

Mitteilungen / Wünsche

Ort und Datum

Unterschrift
