

Anmeldeformular für Bewohnende

Aufenthaltsdauer: ☐ Langzeitaufenthalt ☐ Temporär

Alterszentrum: ☐ Bruggli ☐ Bergli ☐ Bühli

Eintrittszeitpunkt: ☐ sofort ☐ baldmöglichst ☐ vorsorglich

**Zeitraumen für
Eintrittsorganisation:** ☐ keine ☐ Kündigungsfrist: ☐ _____

Personalien:

Name _____	Vorname _____
Strasse _____	PLZ und Ort _____
Geb.-Datum _____	Zivilstand _____
Telefon _____	Mobile _____
Konfession _____	Heimatort _____
Krankenkasse _____	Vers.-Nr. _____
Hausarzt _____	AHV-Nr. _____

Angehörige oder Bezugspersonen:

1. Bezugsperson

Name _____	Vorname _____
Strasse _____	PLZ und Ort _____
Telefon _____	Mobile _____
Beziehung _____	E-Mail _____

2. Bezugsperson

Name _____	Vorname _____
Strasse _____	PLZ und Ort _____
Telefon _____	Mobile _____
Beziehung _____	E-Mail _____

Besonderheiten: ☐ keine ☐ ja _____

Finanzen:

☐ **Ja**, die finanziellen Angelegenheiten werden selbständig erledigt

→ Sie empfangen die Rechnung

☐ **Nein**, die finanziellen Angelegenheiten erledigt nachfolgende Vertretungsperson

→ die Rechnung empfängt nachfolgende Person

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ und Ort _____

Telefon _____ Mobile _____

Beziehung _____

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen oder Hilflosenentschädigung? ☐ Ja ☐ Nein

Post:

Werden ankommende Briefsendungen selber bearbeitet? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Nein, wer bearbeitet diese?

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ und Ort _____

Telefon _____ Mobile _____

Beziehung _____

→ **Bitte Umleitung der Briefsendung veranlassen.**

Telefon:

Wünschen Sie einen Festnetzanschluss? (Kosten mtl. 30.- CHF) ☐ Ja ☐ Nein

- Wenn ja, möchten Sie Ihre Tel. Nr. von zu Hause mitnehmen? (einm. 80.- Fr) ☐ Ja ☐ Nein

- Wenn ja, bei welchem Anbieter sind Sie jetzt? _____

- Wie lautet die Telefonnummer? _____

Pflegerische Unterstützung Zuhause:

Benötigten Sie Zuhause Unterstützung durch einen Pflegedienst? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, Kontaktdaten

Organisation _____ Name _____

Strasse _____ PLZ und Ort _____

Telefon _____

Einzureichende Unterlagen:

- ☐ Kopie Identitätskarte oder Pass
- ☐ Kopie Krankenkassenkarte

sofern vorhanden:

- ☐ Kopie des Vorsorgeauftrages ☐ ist in Arbeit ☐ möchte keinen
- ☐ Kopie der Patientenverfügung ☐ ist in Arbeit ☐ möchte keine

→ wenn **keine** Patientenverfügung vorhanden ist, bitte medizinische Vertretungsperson angeben, welcher vollständig Auskunft gegeben werden darf.

Name: _____

Beziehung: _____

Vorname: _____

Mobile/ Tel.: _____

Ort, Datum

Unterschrift der medizinischen Vertretungsperson

Hiermit bestätige ich, dass alle Daten korrekt sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Selbstverständlich werden Ihre Daten vertraulich behandelt.