

## Anmeldeformular

### Alle Angaben werden vertraulich behandelt

Der besseren Lesbarkeit wegen, wird im Formular auf die Unterscheidung von weiblicher und männlicher Anrede verzichtet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter angesprochen.

---

#### 1. Anmeldung

Gewünschtes Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

#### Pflegeabteilung

Kurz-/ Ferienaufenthalt (mind. 14 Tage)  Daueraufenthalt

Miete Fernseher:  ja  nein

Miete Telefon:  ja  nein

Wäscheservice durch Senevita:  ja  nein

#### Betreutes Wohnen

1- Zimmerwohnung  ja  nein

2- Zimmerwohnung  ja  nein

#### Bemerkungen zum Eintritt (gem. Eintrittstermin)

---

*Die Zimmerzuteilung für das Pflegezentrum erfolgt nach Betreuungs- und Pflegebedarf des Bewerbenden und anhand der freien Kapazitäten durch das Heim. Wünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt.*

#### Anmeldung in anderen Institutionen

Ich bin auch noch in folgenden Institutionen angemeldet (freiwillige Angabe):

---

#### Personalien

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Früherer Beruf oder Tätigkeit:

---

Konfession:  reformiert  katholisch  keine  andere \_\_\_\_\_

Zivilstand:  ledig  geschieden  
 verheiratet  eingetragene Partnerschaft  
 verwitwet

AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. Privat: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Steuerdomizil/Gemeinde: \_\_\_\_\_

Heimatort/Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Letzter Wohnort: \_\_\_\_\_  
*(bitte genaue Adresse, PLZ, Ort angeben)*

Letzte Wohnart (Aufenthalt vor Eintritt):

- Privathaushalt  
 Spital  
 anderes Heim \_\_\_\_\_

Spitexbetreuung vor Eintritt:  nein  ja  
*(bitte untenstehende Angaben ausfüllen)*

Name der Spitex: \_\_\_\_\_

Ansprechperson: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ohne Ihren ausdrücklichen Gegenbericht, wird das Heim bei dringenden Anmeldungen eine Bestätigung der ambulanten Dienste (Spitex) über deren Leistungsumfang einholen.

## 2. Krankenkasse (Grund- und Zusatzversicherung)

Name/Adresse der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: Grundversicherung: \_\_\_\_\_

Karten-Nummer: \_\_\_\_\_

allg.  1/2 privat  privat

### 3. Haftpflichtversicherung:

Name/Adresse der Versicherung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Policen-Nr.: \_\_\_\_\_

### 4. Angehörige / Ansprechperson / gesetzliche Vertreter

→ Bei Notfällen werden die Angehörigen in der angegebenen Reihenfolge benachrichtigt.

1. Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. P: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. G.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

am Tag kontaktieren

am Tag und Nacht kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Funktion: \_\_\_\_\_

2. Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. P: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. G.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

am Tag kontaktieren

am Tag und Nacht kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Funktion: \_\_\_\_\_

3. Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. P: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. G.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

am Tag kontaktieren

am Tag und Nacht kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Funktion: \_\_\_\_\_

#### Korrespondenz ist zu richten an:

Bewohner  Ansprechperson 1  Ansprechperson 2  Ansprechperson 3

## 5. Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## 6. Finanzierung des Aufenthaltes

→ *bitte aktuelle Steuerveranlagung der Staatsteuer beilegen*

Die Rechnungsstellung der Heimrechnung erfolgt an:

Bewohner  Ansprechperson 1  Ansprechperson 2  Ansprechperson 3

Treuhandbüro  Via LSV (Lastschriftverfahren)

Name der Bank/Post: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Wer verfügt über die Vollmachten zur Erledigung Ihrer administrativen und finanziellen Angelegenheiten?

Ansprechperson 1  Ansprechperson 2  Ansprechperson 3  Treuhandbüro

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen?  ja  nein

→ *wenn ja, bitte Verfügung beilegen*

Beziehen Sie bereits Hilflosenentschädigung?  ja  nein

→ *wenn ja, bitte Verfügung beilegen*

## 7. Gesundheitsfragen

Benötigen Sie andere Kost (Diät)?  ja  nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien?  ja  nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

## 8. Weitere Bemerkungen

---

---

## 9. Unterschriften

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Bewerbende: \_\_\_\_\_

Unterschrift Vertreter(in): \_\_\_\_\_

### Zwingende Beilagen Pflegezimmer:

- ärztlicher Überweisungsrapport / aktuelle medizinische Unterlagen
- Kopie Krassenkassenausweis
- Patientenverfügung  
*(falls nicht vorhanden bitte Patientenverfügung in der Beilage ausfüllen)*
- Vollmachtsregelung bei Urteilsunfähigkeit / Beistandschaft

### Zwingende Beilagen Betreutes Wohnen für Tragbarkeitsberechnung:

- letzte gültige Steuerveranlagung
- letzte Steuerrechnung
- Kopie Krankenkassenausweis
- Patientenverfügung  
*(falls nicht vorhanden bitte Patientenverfügung in der Beilage ausfüllen)*

### Sofern vorhanden:

- Verfügung Ergänzungsleistung
- Verfügung Hilflosenentschädigung
- Vorsorgeauftrag