

Anmeldung Heimeintritt

Ihre Personalien

Name & Vorname _____

Lediger Name _____

Strasse _____

PLZ & Ort _____

Telefon _____

Natel _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Heimatort _____

Beruf _____

AHV-Nummer 756. _____

Zivilstand ledig

verheiratet seit: _____ geschieden seit: _____

verwitwet seit: _____ gerichtlich getrennt seit: _____

eingetragene Partnerschaft seit: _____

Konfession reformiert katholisch keine

wenn andere, welche: _____

Aktueller Hausarzt

Name & Vorname _____

Strasse _____

PLZ & Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Patientenverfügung Ja erstellt am: _____ Nein

Krankenkasse

Name Krankenkasse _____
Versicherungs-Nr. _____
Karten Nr. (20-stellig) _____
Ablaufdatum Karte _____

Finanzielle Angaben

Ergänzungsleistungen Ja Nein
Hilflosenentschädigung Leicht Mittel Schwer Nein

Rechnungsempfänger/in

Name & Vorname _____
Strasse _____
PLZ & Ort _____
Telefon Privat Geschäft _____
Natel _____
E-Mail _____

Angehörige 1

Name & Vorname _____
Strasse _____
PLZ & Ort _____
Telefon Privat Geschäft _____
Natel _____
E-Mail _____
Verwandtschaftsgrad _____

Angehörige 2

Name & Vorname _____

Strasse _____

PLZ & Ort _____

Telefon Privat Geschäft _____

Natel _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____

Angehörige 3

Name & Vorname _____

Strasse _____

PLZ & Ort _____

Telefon Privat Geschäft _____

Natel _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____

Gesetzliche Vertretung

Selbstverantwortlich

Beistand nach Art.: _____ Anderer Bezug zu Interessent:in _____

Name & Vorname _____

Strasse _____

PLZ & Ort _____

Telefon Privat Geschäft _____

Natel _____

E-Mail _____

Anmeldung (zutreffendes ankreuzen)

- Fixer Eintritt (baldmöglichst) Warteliste (vorsorglich)
 Ferien Eintritt

Bei Wunsch eines baldmöglichen Eintrittes ist ein Arztzeugnis zwingend beizulegen

Vollmacht

Die Administration und die verantwortlichen Mitarbeitenden des SZS sowie die Heimärztin werden hiermit ausdrücklich ermächtigt, die zur Erfüllung ihres Auftrages notwendigen Unterlagen (Berichte, Arztzeugnisse, Gutachten usw.) bei den zuständigen Stellen zur Einsichtnahme anzufordern und einzusehen.

Ich bestätige mit der Unterschrift, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen und erkläre mich mit der Anmeldung für einen Heimplatz einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Interessent:in

Unterschrift gesetzliche Vertretung

.....

.....

Beilagen (Bitte nur Kopien):

- Arztzeugnis vom Hausarzt
 Kopie Krankenkassenkarte
 Kopie Familienbüchlein

Anmeldeformular senden an:

Seniorenzentrum Schüpfen, Sägestrasse 10, 3054 Schüpfen