



Anmeldung

Bewohnerin/Bewohner: _____

Von der Bewohnerin/dem Bewohner oder bevollmächtigten Person auszufüllen:

Personalien Bewohner / Bewohnerin

Name		Vorname
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum
Heimatort		Nationalität
Zivilstand		Konfession
AHV-Nummer		
Telefon-Nummer		Mobile-Nr.
Wohnadresse		
Schriften hinterlegt		

Versicherungsinformationen

Krankenkasse Bitte legen Sie eine Kopie der Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) bei.

Krankenkasse		Policen-Nummer
Sektion (Adresse)		PLZ/Ort
Versicherungskartennr.		Karte gültig bis
Krankenkassen- versicherungsmodell	<input type="checkbox"/> Standard-Modell <input type="checkbox"/> Hausarzt-Modell	<input type="checkbox"/> freie Arztwahl <input type="checkbox"/> Telmed-Modell

Haftpflichtversicherung

Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Policen-Nummer
-------------------------	---	----------------

Hilfslosenentschädigung

Beziehen Sie Hilfslosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---------------------------------------	---

Ergänzungsleistungen

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
------------------------------------	---



Beistandschaft / Diverses

Existiert eine Beistandschaft ja nein

Falls ja, welche? Begleitbeistandschaft
 Mitwirkungsbeistandschaft
 umfassende Beistandschaft
 Vertretungsbeistandschaft mit Vermögensverwaltung
Bitte legen Sie eine Kopie der Verfügung bei.

Name Vorname

Adresse PLZ/Ort

Telefon-Nummer E-Mail

Falls eine Beistandschaft vorhanden ist, bitte Kopie der Unterlagen beilegen.

Vorsorgeauftrag ja (Kopie beilegen) nein

Patientenverfügung ja (Kopie beilegen) nein

Reanimation ja nein

Hausarzt

Name Vorname

Adresse PLZ/Ort

Telefon-Nr. E-Mail

Rechnungsempfänger (nur auszufüllen, wenn nicht Bewohner selbst die Rechnung erhält)

Name Vorname

Adresse PLZ/Ort

Telefon-Nr. E-Mail

Garantieleistung (wer leistet Garantie für die Übernahme der Heimkosten gemäss Tarifordnung)

subsidiäre Kostengutsprache Gemeinde Vorschussleistung

Name Vorname

Adresse PLZ/Ort

Telefon-Nr. E-Mail

Ort/Datum Unterschrift



Bezugspersonen (im Notfall zu benachrichtigen)

1. Bezugsperson (1. Priorität)

Vor/Nachname Telefon-Nr.

Adresse PLZ/Ort

Beziehung E-Mail

2. Bezugsperson (2. Priorität)

Vor/Nachname Telefon-Nr.

Adresse PLZ/Ort

Beziehung E-Mail

Eintritt

Gewünschtes

Eintrittsdatum

Langzeit Kurzaufenthalt

Probewohnen bis voraussichtlich:

Haus / Stockwerk Zimmer-Nummer

Ausstattung

WC/Dusche/Lavabo

WC/Lavabo

Lavabo

Telefonanschluss

private Nummer Heim-Nummer

Fernsehanschluss

Internetanschluss

Diverses

Wäsche Namen: ja nein

Wäsche waschen: im Haus Privat

Transporte: durchs Haus Privat

Mitgliedschaften: ja nein

H Haustiere sind **nicht** erlaubt!



Datum

Unterschrift Bewohnerin/Bewohner
(oder bevollmächtigte Person)

Checkliste für die Institution
(vor Erstellung des Heimvertrages müssen diese Punkte erfüllt sein)

- Persönliches Gespräch mit Bewohner erfolgt
- Persönliches Gespräch mit rechtlichen Vertretern erfolgt
- Medizinische Abklärungen getroffen (FU, Medikamente, Arzt/Pflegebericht)
- Kostengutsprache oder Sicherheitsleistung erhalten
- Informationen (Krankenkasse, Hausarzt, rechtliche Vertreter, Bezugsperson) vorhanden