



ANMELDEFORMULAR

für den Eintritt ins Alters- und Pflegeheim Biberzelten

Personalien

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Tel.-Nr.: _____

Heimatort: _____

Geburtsdatum: _____

AHV-Nr.: _____

Zivilstand: _____

Konfession: _____

Angemeldet in der Gemeinde: _____

seit: _____

Krankenkasse: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Vers.-Nr.: _____

Hausarzt: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Patientenverfügung vorhanden Ja (bitte Kopie beilegen) Nein

Vorsorgeauftrag vorhanden Ja (bitte Kopie beilegen) Nein

Eintritt

Der Eintritt erfolgt nach Möglichkeit und Absprache.

Ansprechperson Betreuung (vollständige Adresse):

Sämtliche Informationen folgen an die Ansprechperson Betreuung.

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ PLZ / Ort: _____
Tel.-Nr.: _____ Mobile Nr.: _____
Email-Adresse: _____ Verwandtschaftsgrad /
Beziehung zu Bewohner _____

Ansprechperson für finanzielle Angelegenheiten (vollständige Adresse):

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ PLZ / Ort: _____
Tel.-Nr.: _____ Mobile Nr.: _____
Email-Adresse: _____ Verwandtschaftsgrad /
Beziehung zu Bewohner _____

Weitere Angehörige:

Name / Vorname	Adresse	Ort	Tel.-Nr./Mobile Nr.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ev. Gesetzlicher Vertreter

Name / Vorname	Adresse	Ort	Tel.-Nr./Mobile Nr.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Finanzielle Verhältnisse

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen: ja nein
Beziehen Sie Hilflosenentschädigung: ja nein

Gesundheitszustand

Benötigen Sie für Ihre Körperpflege Hilfe? ja nein

Wenn ja, welche?

Benötigen Sie Diät? ja nein

Wenn ja, welche?

Versicherungen

Unfallversicherung (falls nicht bereits in der Grundversicherung der KK eingeschlossen)

Versicherung: _____ Nummer: _____

Adresse: _____ PLZ / Ort: _____

Infrastruktur

Wünschen Sie einen Telefonanschluss? ja nein

Wünschen Sie einen WLAN-Anschluss? ja nein

Wünschen Sie einen Fernseher von uns? ja nein

Wünschen Sie ein Zimmer/Safeschlüssel? ja nein

Wenn ja, für welche Wertgegenstände?

Wer erhält die Briefpost Bewohner oder Angehörige/Beistand? _____

Ist es beabsichtigt, folgendes eigenes Mobiliar mitzubringen:

Der/Die unterzeichnete Person entbindet den Hausarzt von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht für das Ausfüllen des ärztlichen Zeugnisses und allfälliger medizinischer Auskünfte gegenüber der Heimleitung.

Die Heimleitung verpflichtet sich, alle Angaben und ärztlichen Auskünfte streng vertraulich zu behandeln.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____