

# Anmeldung

Bitte Vorder- und Rückseite ausfüllen.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wohngruppe  | <input type="checkbox"/> Geschützte Wohngruppe für Demenzerkrankte                                      |
| <input type="checkbox"/> provisorische Anmeldung                                 | <input type="checkbox"/> definitive Anmeldung   |
| <input type="checkbox"/> langfristiger Aufenthalt<br>gewünschter Eintritt: _____ | <input type="checkbox"/> befristeter Aufenthalt (min. 14 Tage)<br>für voraussichtlich _____ Tage/Wochen |
|  | <input type="checkbox"/> Erholung   |
|  | <input type="checkbox"/> Ferientaufenthalt  |

Name: _____	Vorname: _____
Wohnort: _____	Strasse: _____
Geburtsdatum: _____	Zivilstand: _____
Telefon privat: _____	Telefon mobil: _____
Vorname/Name Ehegattin/Ehegatte: _____	
Heimatort: _____	Konfession: _____
Beruf: _____	AHV-Nr.: _____
Ausgleichskasse: _____	
Heimatschein in der Gemeinde: _____ hinterlegt.	
Hausärztin/Hausarzt: _____ (Name, Adresse und Telefonnummer)	
Krankenkasse: _____ (Sektion, Adresse und Telefonnummer)	
Versicherten-Nr. Krankenkasse: _____	
Patientenverfügung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefonanschluss erwünscht? <input type="checkbox"/> Ja*	* je Anschluss/Monat CHF 20.-- (Stand: 01.01.2017)
Internetanschluss erwünscht? <input type="checkbox"/> Ja*	

**Angehörige, Kontaktpersonen:**

Verwandschaftsgrad: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_  
Telefon: P \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
Benachrichtigungen"ja"/"nein": Tag: \_\_\_\_\_ Nacht: \_\_\_\_\_

Verwandschaftsgrad: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_  
Telefon: P \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
Benachrichtigungen"ja"/"nein": Tag: \_\_\_\_\_ Nacht: \_\_\_\_\_

Verwandschaftsgrad: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_  
Telefon: P \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
Benachrichtigungen"ja"/"nein": Tag: \_\_\_\_\_ Nacht: \_\_\_\_\_

**Kontaktperson/gesetzlicher Vertreter (Beistand):** \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_  
Telefon: P \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
Benachrichtigungen"ja"/"nein": Tag: \_\_\_\_\_ Nacht: \_\_\_\_\_

Korrespondenz geht an: \_\_\_\_\_

Heimrechnung geht an: \_\_\_\_\_

**Bewohnerpost:** Falls der/die Bewohner/in die Postbearbeitung nicht mehr selbständig durchführen kann, bitten wir Sie die Bewohnerpost vor Eintritt in das Seniorenheim Neckertal an einen Angehörigen umzuleiten.

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie uns Adressänderungen von Angehörigen bzw. Kontaktpersonen sowie Wechsel der Krankenversicherung oder der Versicherten-Nr. umgehend melden.