

Einbettzimmer  Zweibettzimmer

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

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

Zivilstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Letzte Adresse: \_\_\_\_\_ Heimatort: \_\_\_\_\_

Wohngemeinde (Schriften deponiert in): \_\_\_\_\_ Patientenverfügung:  ja  nein

Telefon: \_\_\_\_\_ Beziehen Sie Ergänzungsleistungen:  ja  nein

Regionale Berufsbeistandschaft  ja  nein

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Angehörige, Bezugspersonen:

1. Name \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Benachrichtigen bei: Verschlechterung Tag  Verschlechterung Nacht  Sterben Tag  Sterben Nacht

2. Name \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Benachrichtigen bei: Verschlechterung Tag  Verschlechterung Nacht  Sterben Tag  Sterben Nacht

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse / Sektion Grundversicherung: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_ Police-Nr. \_\_\_\_\_

Einweisende Institution: \_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_

Darf die Post (**Rechnungen**) dem Bewohner / der Bewohnerin ausgehändigt werden?:  JA  NEIN

Wenn nein, Post weiterleiten an: \_\_\_\_\_

Gewünschter Eintrittstermin: \_\_\_\_\_

TV Anschluss (25.-Mt.) , TV mieten (5.-/Tag)  ja  nein /  Telefon mit Telefonanschluss

- Kleider werden bei Eintritt mit dem Namen beschriftet, die Kosten belaufen sich auf Fr. 1.- je Kleidungsstück

- Handwäsche waschen wir nicht im Haus. Die Wäsche wird ohne Rücksprache mit 30 Grad gewaschen.

- Flickarbeiten der Bewohnerwäsche werden bis Fr. 20.- ohne Rücksprache ausgeführt und verrechnet.

Die Anmeldung ist provisorisch  Die Anmeldung ist verbindlich

→ **Bitte melden Sie den Umzug mit dem Heimatschein oder Heimatsausweis der zuständigen Gemeinde.**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_