



## 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: \_\_\_\_\_