

Anmeldung

Personalien

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

früherer Beruf _____

Heimatort _____

Schriften deponiert in _____

gegenwärtiger Aufenthaltsort _____

Zivilstand ledig verheiratet
 geschieden verwitwet

AHV-Nummer _____

Konfession _____

besondere Interessen / Hobbys _____

Hausarzt

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Krankenkasse

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Mitgliednummer _____

Kontaktpersonen

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

alle Möglichkeiten ankreuzen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beistand | <input type="checkbox"/> Vormund |
| <input type="checkbox"/> Sohn / Tochter | <input type="checkbox"/> Finanzverantwortlicher |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> allgemeiner Ansprechpartner |

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

alle Möglichkeiten ankreuzen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beistand | <input type="checkbox"/> Vormund |
| <input type="checkbox"/> Sohn / Tochter | <input type="checkbox"/> Finanzverantwortlicher |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> allgemeiner Ansprechpartner |

Verschiedenes

Werden Ergänzungsleistungen bezogen Ja Nein
wenn ja, von welcher Kasse _____

Werden Hilfslosenentschädigungen bezogen Ja Nein
wenn ja, von welcher Kasse _____

Grund der Anmeldung _____

Gewünschter Eintrittstermin sofort
 innerhalb eines Jahres
 vorsorgliche Anmeldung

Wünsche / Bemerkungen _____

Der/die Unterzeichnete enbindet den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Heimleitung und dem Pflegepersonal.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt. Wir machen Sie darauf aufmerksam, daß wir mit der Entgegennahme dieser Anmeldung nicht die Aufnahme zusichern.
Sie erhalten eine Bestätigung, daß wir Ihre Anmeldung erhalten haben.