

Gewünschte Wohnform

<input type="checkbox"/> Alterszentrum	<input type="checkbox"/> Bett im Einzelzimmer
<input type="checkbox"/> Geschützte Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/> Bett im Doppelzimmer
<input type="checkbox"/> Ferienbett	
<input type="checkbox"/> Wohnen mit Dienstleistung:	<input type="checkbox"/> 1½-Zimmerwohnung <input type="checkbox"/> 2½-Zimmerwohnung <input type="checkbox"/> 3½-Zimmerwohnung
Telefonanschluss <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	TV-Anschluss <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Gewünschtes Eintrittsdatum

<input type="checkbox"/> Sofort, beziehungsweise baldmöglichst	<input type="checkbox"/> Eintritt frühestens ab:
--	--

Personalien

Name	Vorname
Geburtsdatum	AHV-Nummer
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort
Zivilstand	Konfession
Telefonnummer	E-Mail
Wohnsitz in der Gemeinde seit	Beruf
Schriftenort	Heimatort
Gegenwärtiger Aufenthaltsort <input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> zu Hause	Spitex vor Eintritt beansprucht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Krankenversicherung

Krankenkasse	Vers.-Nr.
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort
Sektion/ Tel. Nr.	Kartenskopie (beidseitig) Bitte dieser Anmeldung beilegen

Hausarzt/ Hausärztin

Name/ Vorname	Tel. Nr. Praxis
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort
E-Mail	Auch nach Eintritt beibehalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Haftpflicht-Versicherung

Gesellschaft	Policen-Nr.
Kollektiv-Haftpflicht durch SUHRENTAL Alterszentrum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vorsorgeauftrag/ Patientenverfügung

Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Finanzielles

Erhalten Sie Hilflösenentschädigung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie Ergänzungsleistung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geht die Rechnung direkt an die Bewohnerin/ den Bewohner?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein**

Rechnungsempfänger/ Rechnungsempfängerin (wenn nein**)

Verwandtschaftsgrad	Beistandschaft	<input type="checkbox"/> ja
Name	Vorname	
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort	
Telefon Geschäft	Mobiltelefon	
Telefon privat	E-Mail	

Nächste Angehörige

1. Ansprechperson/ Vertrauensperson

Verwandtschaftsgrad	
Name	Vorname
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort
Telefon Geschäft	Mobiltelefon
Telefon privat	E-Mail

2. Ansprechperson

Verwandtschaftsgrad	
Name	Vorname
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort
Telefon Geschäft	Mobiltelefon
Telefon privat	E-Mail

3. Ansprechperson

Verwandtschaftsgrad	
Name	Vorname
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort
Telefon Geschäft	Mobiltelefon
Telefon privat	E-Mail

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner/ Bewohnerin oder Vertretung

Intern (wird durch SUHRENTAL Alterszentrum ausgefüllt)

Eintritt per	Visum MA
Zimmernummer	Tel. Nr.