

### 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"/> Tagesträff  | <input type="checkbox"/> Ferienbett  |
| <input type="checkbox"/> Wohnen mit Dienstleistung:                        | <input type="checkbox"/> 1½Zimmerwohnung <input type="checkbox"/> 2-Zimmerwohnung <input type="checkbox"/> 3½Zimmerwohnung |
| 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: |
| Tagesträff: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag |  |

### 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) <b>Bitte dieser Anmeldung beilegen</b> |

### 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. |