

## Anmeldeformular

### Alle Angaben werden vertraulich behandelt

Der besseren Lesbarkeit wegen, wird im Formular auf die Unterscheidung von weiblicher und männlicher Anrede verzichtet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter angesprochen.

---

#### 1. Anmeldung

##### Pflegeabteilung

- Daueraufenthalt
- Kurzaufenthalt
- Ferien- und Entlastungsbett

##### Betreutes Wohnen

- \_\_\_ - Zimmerwohnung
- Garagenplatz:  ja  nein
- Haustier:  ja  nein

**Bemerkungen zum Eintritt** (Datum, Zimmerwunsch)

---

---

*Die Zimmerzuteilung für die Pflegeabteilung erfolgt nach Betreuungs- und Pflegebedarf des Bewerbenden und anhand der freien Kapazitäten durch das Heim. Wünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt.*

#### 2. Verbindliche Anmeldung

Mit der Unterschrift auf dieser Anmeldung bestätigt der Unterzeichnende, dass die Anmeldung

- dringlich ist
- vorsorglich ist

##### **Dringliche Anmeldung (so schnell als möglich)**

Bei einer dringlichen Anmeldung erfolgt der Eintritt bei einem freien Bett innert Wochenfrist nach Kontaktaufnahme mit unsere Administration.

##### **Vorsorgliche Anmeldung (nur Punkt 1-3 ausfüllen)**

- Voraussichtlicher Eintritt innerhalb eines halben Jahres nach Einreichen der Anmeldung
- Voraussichtlicher Eintritt später als ein Jahr nach Einreichen der Anmeldung

##### **Anmeldung in anderen Institutionen**

Ich bin auch noch in folgenden Institutionen angemeldet (freiwillige Angabe):

---

### 3. Personalien

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

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Früherer Beruf oder Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Konfession:  reformiert  katholisch  keine  andere

Zivilstand:  ledig  
 verheiratet seit \_\_\_\_\_  
 verwitwet seit \_\_\_\_\_  
 geschieden seit \_\_\_\_\_  
 eingetragene Partnerschaft seit \_\_\_\_\_

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

Telefon-Nr. Privat: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Heimatort/Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Letzter Wohnort: \_\_\_\_\_  
(bitte genaue Adresse angeben)

Wohnhaft in der Gemeinde seit: \_\_\_\_\_

Letzte Wohnart (Aufenthalt vor Eintritt):  Privathaushalt  Spital  
 anderes Heim \_\_\_\_\_

Spitexbetreuung vor Eintritt:  nein  ja (bitte untenstehende Angaben ausfüllen)

Name der Spitex: \_\_\_\_\_

Ansprechperson: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ohne Ihren ausdrücklichen Gegenbericht, wird das Heim bei dringenden Anmeldungen eine Bestätigung der ambulanten Dienste (Spitex) über deren Leistungsumfang einholen.

#### 4. Ausgleichskasse

Name/Adresse der Ausgleichskasse: \_\_\_\_\_

#### 5. Krankenkasse (Grund- und Zusatzversicherung)

Name/Adresse der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Karten-Nummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

allg.  1/2 privat  privat

→ **Bei dringlichen Anmeldungen bitte Kopie der aktuellen Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) und Police der Zusatzversicherung beilegen.**

#### 6. Haftpflichtversicherung:

Name/Adresse der Versicherung: \_\_\_\_\_

Policen-Nr.: \_\_\_\_\_

#### 7. Angehörige / Ansprechperson / gesetzliche Vertreter

→ **Bei Notfällen werden die Angehörigen in der angegebenen Reihenfolge benachrichtigt.**

1. Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. P: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. G.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Tag und Nacht kontaktieren

erst am Tag kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Funktion: \_\_\_\_\_

2. Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. P: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. G.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Tag und Nacht kontaktieren

erst am Tag kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Funktion: \_\_\_\_\_

3. Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. P: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. G.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
 Tag und Nacht kontaktieren  erst am Tag kontaktieren  
Verwandtschaftsgrad/Funktion: \_\_\_\_\_

Korrespondenz ist zu richten an:

Bewohner  Ansprechperson 1  Ansprechperson 2  Ansprechperson 3

## 6. Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

→ **Bei dringlichen Anmeldungen bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen.**

## 7. Finanzierung des Heimaufenthaltes

→ **bitte aktuelle Steuerveranlagung der Staatsteuer beilegen**

Die Rechnungsstellung der Heimrechnung erfolgt an:

Bewohner  Ansprechperson 1  Ansprechperson 2  Ansprechperson 3  
 Treuhandbüro  Via LSV (Lastschriftverfahren)

Wer verfügt über die Vollmachten zur Erledigung Ihrer administrativen und finanziellen Angelegenheiten?

Ich selbst  Ansprechperson 1  Ansprechperson 2  Ansprechperson 3  
 Treuhandbüro

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen?  ja  nein

→ **wenn ja, bitte Verfügung beilegen**

Beziehen Sie bereits Hilflosenentschädigung?  ja  nein

→ **wenn ja, bitte Verfügung beilegen**

## 8. Gesundheitsfragen

Benötigen Sie andere Kost (Diät)?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## 9. Verfügungen

Verfügen Sie über eine Patientenverfügung?  ja  nein

→ wenn ja, bitte eine Kopie beilegen

Verfügen Sie über einen Vorsorgeauftrag?  ja  nein

→ wenn ja, bitte eine Kopie beilegen

## 10. Beistandschaft

Haben Sie einen Beistand?  ja  nein

→ wenn ja, bitte ein Kopie beilegen

## 11. Weitere Bemerkungen

---

---

## 12. Unterschriften

Ort, Datum:

---

Unterschriften:

---

Bewerbende Vertreter(in)

### Zwingende Beilagen bei dringlichen Anmeldungen:

- aktuelles Arzzeugnis oder Überweisungsrapport
- Kopie der letztgültigen Steuerveranlagung inkl. Details
- Kopie Krankenkassenausweis

### Sofern vorhanden:

- Verfügung Ergänzungsleistung
- Verfügung Hilflosenentschädigung
- Patientenverfügung (ZGB 370-373)
- Vollmachtsregelung bei Urteilsunfähigkeit (ZGB 374-376)