

Anmeldeformular

Anmeldung für nächst möglichen Eintritt

Vorsorgliche Anmeldung

PERSONALIEN

(ausfüllen gemäss Personalausweis)

Name:	Ledigname:
Vorname:	Zivilstand:
Geburtsdatum:	Heimatort:
Konfession:	Schriften deponiert in:
AHV Nr.: 756.	

WOHNSITZADRESSE

(vor dem Eintritt)

Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon Nr.:	Mobile-Nr.:
E-Mail:	

AKTUELLER AUFENTHALTSORT

(wenn abweichend von Wohnsitzadresse)

Institution:	
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:

ANGEHÖRIGE ODER BEZUGSPERSONEN

Primärbezugsperson

Im Notfall gehen Informationen und Benachrichtigungen von unserer Seite an diese Person. Ebenso jegliche Korrespondenz ausser der Pensionsrechnung.

Ehepartner
 Lebenspartner/in
 Tochter/Sohn
 Schwester/Bruder
 Enkelin/Enkel
 Sonstige

Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Tel. Privat:	Tel. Geschäft
Mobile-Nr.:	E-Mail:

Weitere Angehörige Bezugsperson			
<input type="checkbox"/> Ehepartner	<input type="checkbox"/> Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn	<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder
<input type="checkbox"/> Enkelin/Enkel	<input type="checkbox"/> Sonstige		
Name:		Vorname:	
Strasse/Nr.:		PLZ/Ort:	
Tel. Privat/Mobile:		E-Mail:	

Weitere Angehörige Bezugsperson			
<input type="checkbox"/> Ehepartner	<input type="checkbox"/> Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn	<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder
<input type="checkbox"/> Enkelin/Enkel	<input type="checkbox"/> Sonstige		
Name:		Vorname:	
Strasse/Nr.:		PLZ/Ort:	
Tel. Privat/Mobile:		E-Mail:	

Gesetzlicher Vertreter Beistandschaft		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name:		Vorname:	
Strasse/Nr.:		PLZ Ort:	
Telefon Nr.:		E-Mail:	

FINANZIELLES

Erledigen Sie die finanziellen Angelegenheiten selbstständig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Beziehen Sie eine Invalidenrente?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen zur AHV?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Rechnungsempfänger			
<input type="checkbox"/> Ehepartner	<input type="checkbox"/> Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn	<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder
<input type="checkbox"/> Enkelin/Enkel	<input type="checkbox"/> Selber	<input type="checkbox"/> Gesetzlicher Vertreter/Beistand	<input type="checkbox"/> Sonstige
Name:		Vorname:	
Strasse/Nr.:		PLZ Ort:	
Tel. Privat:		Tel. Geschäft:	
Mobile-Nr.:		E-Mail:	
Generalvollmacht / Verantwortung für Finanzen		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

HAUSARZT

Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon Nr.:	E-Mail-Adresse:

KRANKENKASSE

Name:	Geschäftsstelle:
Strasse/Nr.:	PLZ Ort:
Telefon Nr.:	Versicherten Nr.:

DIVERSES

Haben Sie eine Patientenverfügung ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Vorsorgeauftrag ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie Mitglied einer Sterbeorganisation ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, bei welcher?		

Mit dieser Anmeldung nehme ich zur Kenntnis,

- dass die zum Zeitpunkt des Eintritts aktuelle Tarifordnung, die «Informationen A-Z» sowie das Bewohnerreglement Gültigkeit hat.
- dass ein Zimmerwechsel aus pflegerischen oder organisatorischen Gründen möglich ist.

Bei **Fragen zur Bewohneraufnahme** ist die **Geschäftsführerin Claudia Pfyl** gerne für Sie da.
Telefon: 041 854 24 24 | E-Mail: info@pflegezentrum-seematt.ch

Folgende Kopien bitten wir Sie bei einem Eintrittsgespräch mitzubringen.

- Krankenkassenkarte Vorder- & Rückseite
- Identitätskarte Vorder- & Rückseite
- Ernennungsurkunde gesetzlicher Vertreter / Beistand
- Patientenverfügung, wenn vorhanden
- Generalvollmacht, wenn vorhanden
- Vorsorgeauftrag, wenn vorhanden

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit aller Angaben. Er/Sie ermächtigt das Pflegezentrum Seematt, nach Bedarf beim Hausarzt sowie Spitälern medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet Auskunft gebende Personen oder Instanzen von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort und Datum

Unterschrift angemeldete Person

Unterschrift stellvertretende Person

- Ehepartner
- Lebenspartner/in
- Tochter/Sohn
- Schwester/Bruder
- Enkelin/Enkel
- Sonstige
- Gesetzlicher Vertreter / Beistand