

## 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:

<b>Weitere Angehörige   Bezugsperson</b>			
<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:	

<b>Weitere Angehörige   Bezugsperson</b>			
<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:	

<b>Gesetzlicher Vertreter   Beistandschaft</b>		<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"/>

<b>Rechnungsempfänger</b>			
<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 <b>Patientenverfügung</b> ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen <b>Vorsorgeauftrag</b> ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie <b>Mitglied einer Sterbeorganisation</b> ?	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