

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

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

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Tel. Privat/Mobile:

E-Mail:

Weitere Angehörige | Bezugsperson

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

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Tel. Privat/Mobile:

E-Mail:

Gesetzlicher Vertreter | Beistandschaft

☐ Ja

☐ Nein

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ Ort:

Telefon Nr.:

E-Mail:

FINANZIELLES

Erledigen Sie die finanziellen Angelegenheiten selbstständig? Ja ☐ Nein ☐

Beziehen Sie eine Invalidenrente? Ja ☐ Nein ☐

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? Ja ☐ Nein ☐

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen zur AHV? Ja ☐ Nein ☐

Rechnungsempfänger

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

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ Ort:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Mobile-Nr.:

E-Mail:

Generalvollmacht / Verantwortung für Finanzen

Ja ☐

Nein ☐

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 ☐	Nein ☐
Haben Sie einen Vorsorgeauftrag erteilt?	Ja ☐	Nein ☐
Sind Sie Mitglied einer Sterbeorganisation ?	Ja ☐	Nein ☐
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