

Anmeldeformular für Bewohnende

	□ Langzeitaurentnait	⊔ Temporar							
Eintrittszeitpunkt:	☐ sofort	\square baldmöglichst	□ vorsorglich						
Wunschzimmer:	☐ Einerzimmer	☐ Doppelzimmer	☐ Appartement						
Personalien:									
Name		Vorname							
Strasse		Zivilstand							
GebDatum Telefon Konfession									
					Krankenkasse		VersNr		
					Hausarzt		AHV-Nr		
Papiere hinterlegt in	n								
Angehörige oder Be 1. Bezugsperson Name		Vorname							
Bezugsperson Name									
Bezugsperson Name Strasse		PLZ und Ort							
1. Bezugsperson Name Strasse Telefon		PLZ und Ort Mobile							
1. Bezugsperson Name Strasse Telefon		PLZ und Ort Mobile							
1. Bezugsperson Name Strasse Telefon Beziehung 2. Bezugsperson		PLZ und Ort Mobile E-Mail							
1. Bezugsperson Name Strasse Telefon Beziehung 2. Bezugsperson Name		PLZ und Ort Mobile E-Mail Vorname							
1. Bezugsperson Name Strasse Telefon Beziehung 2. Bezugsperson Name Strasse		PLZ und Ort Mobile E-Mail Vorname PLZ und Ort							



Finanzen:						
\square Ja, die finanziellen Angelegenheiten werden	selbständig erledigt					
 ✓ Sie empfangen die Rechnung □ Nein, die finanziellen Angelegenheiten erledigt nachfolgende Vertretungsperson 						
Name						
Strasse	PLZ und Ort					
	n Mobile					
Beziehung E-Mail						
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen oder Hilflosenentschädigung? Ja □ □ Nein						
Depotrückzahlung:						
Bei einem Austritt aus dem Betreuungszentrum Ihnen das geleistete Depot zurückerstattet. Bitt dung:			_			
Bank:	 					
IBAN-Nr.:						
Konto lautend auf:						
Post:						
Werden ankommende Briefsendungen selber bearbeitet? Ja \square Nein						
Wenn Nein, wer bearbeitet diese?						
Name	Vorname					
	e PLZ und Ort					
eziehung E-Mail						
☞ Bitte Umleitung der Briefsendungen veranla	assen.					



Zimme	rausstattung:				
Dauera	aufenthalt	Schrank (in der Regel Einbauschrank) und Pflegebett mit Nachttisch gehören zum Standard.			
		(Ausser in 2 Zimmern). Auf Wunsch wird ein Kleid Verfügung gestellt) Die restlichen Möbel bringen Sie selber mit.	erschrank k	ostenlos zur	
Kurzau	ıfenthalt	Schrank, Pflegebett mit Nachttisch, Sideboard, kleiner Tisch mit zwei Stühlen, Fernseher, Telefon			
Telefo	n:				
CHF 15 Angefa	.— inkl. Gespr ngene Monate	Festnetzanschluss (Kosten monatlich ächsgebühren (in der Schweiz)) werden voll verrechnet. nthalt bringen Sie Ihr eigenes Telefon mit.	Ja □	□ Nein	
- Möchten Sie Ihre Tel.Nr. von zu Hause mitnehmen? (einmalig CHF 120)			Ja □	□ Nein	
Wenn	Wenn ja, bei welchem Anbieter sind Sie jetzt?				
- Wie lautet die Telefonnummer?					
Fernse	her für Dauer	raufenthalte			
Sie brir		enen Fernseher mit und haben zwei Möglichkeiten:	:		
1.		en Ihren jetzigen Anbieter, melden den Wohnortbezahlen die Gebühren wie bis anhin	Ja □	□ Nein	
2.	. Sie übernehmen unseren Anschluss mit dem Grundangebot Ja □ N (ohne HD-Sender) Dieser Dienst ist bis 31.12.2025 kostenlos, ab 01.01.2026 kostenpflichtig. Der Preis beträgt CHF 10/Mt. inkl. MWST		□ Nein		
Fernse	her für Kurza	ufenthalte			
Bei Kurzaufenthalten ist der Fernseher und der TV-Anschluss inbegriffen.					
Wäsch	e:				
				□ Nein	



Pflegerische Unterstützung Zuhause:	
Benötigten Sie Zuhause Unterstützung durch ei	nen Pflegedienst? Ja □ □ Nein
Wenn Ja, Kontaktdaten	
Organisation	Name
Strasse	PLZ und Ort
Telefon	
Einzureichende Unterlagen:	
☐ Kopie Identitätskarte oder Pass	
☐ Kopie Krankenkassenkarte	
Sofern vorhanden:	
☐ Kopie des Vorsorgeauftrages	☐ ist in Arbeit ☐ möchte keinen
☐ Kopie der Patientenverfügung	☐ ist in Arbeit ☐ möchte keine
wenn keine Patientenverfügung vorhanden i angeben, welche vollständig Auskunft geber	
Name	Beziehung
Vorname	Mobile/Tel
Ort, Datum	Unterschrift der med. Vertretungsperson
Hiermit bestätige ich, dass alle Daten korrekt s	sind.
Ort, Datum	Unterschrift

Selbstverständlich werden Ihre Daten vertraulich behandelt.