A N M E L D U N G

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Persönliche Angaben** |  |  |
| Name       |  | AHV-Nummer       |
| Vorname       |  | Geburtsdatum       |
| Strasse       |  | Telefon (inkl. Mobile)       |
| PLZ, Wohnort       |  | Zivilstand       |
| E-Mail       |  | Heimatort       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hausarzt** |  | **Krankenversicherung** |
| Name       |  | Name       |
| Vorname       |  | Versicherungsnummer       |
| Strasse       |  |  |
| PLZ, Wohnort       |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bezugsperson 1** (wird als erste Person benachrichtigt) |  | **Bezugsperson 2** |
| Name       |  | Name       |
| Vorname       |  | Vorname       |
| Strasse       |  | Strasse       |
| PLZ, Wohnort       |  | PLZ, Wohnort       |
| Telefon (inkl. Mobile)       |  | Telefon (inkl. Mobile)       |
| E-Mail       |  | E-Mail       |
| Verwandtschaftsgrad       |  | Verwandtschaftsgrad       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bezugsperson 3** |  | **Besteht eine Beistandschaft?** | [ ]  JA |
| Name       |  | Name       |
| Vorname       |  | Vorname       |
| Strasse       |  | Strasse       |
| PLZ, Wohnort       |  | PLZ, Wohnort       |
| Telefon (inkl. Mobile)       |  | Telefon (inkl. Mobile)       |
| E-Mail       |  | E-Mail       |
| Verwandtschaftsgrad       |  | Art der Beistandschaft       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kontaktperson für Eintrittsabklärungen** |  | **Rechnungsempfänger** |
|[ ]  Bewohner persönlich |  |[ ]  Bewohner |
|[ ]  Bezugsperson Nr.       (bitte Nr. eintragen) |  |[ ]  Bezugsperson Nr.       (bitte Nr. eintragen) |
|[ ]  Beistand |  |[ ]  Beistand |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Art der Anmeldung** |  |  |
|[ ]  Vorsorgliche Anmeldung (Anmeldeliste) |  |[ ]  Ferienaufenthalt |
|[ ]  Definitive Anmeldung [[1]](#footnote-1) (Warteliste) |  | von       bis       |

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der obigen Angaben und ermächtigt das Seniorenzentrum Mülimatt weiterführende Auskünfte bei Ärzten und Institutionen einzuholen. Ihre Anmeldeunterlagen werden von uns streng vertraulich behandelt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum       |  | Unterschrift       |

1. Bitte legen Sie der Anmeldung einen aktuellen Arzt- oder Pflegebericht und je eine Kopie der ID/des Passes und der Krankenkassenkarte bei. [↑](#footnote-ref-1)