



## Anmeldeformular Betreuung und Pflege

Anmeldung für den Eintritt:  vorsorglich  dringlich  
 Ferien  Kurzaufenthalt /AÜP  
(min. 2 Wochen) (max. 3 Mt.)

Gewünschte/s Eintrittsdatum / Aufenthaltsdauer: \_\_\_\_\_

### Persönliche Angaben

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
Heimatort \_\_\_\_\_ Telefon / Natel \_\_\_\_\_  
AHV-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Zivilstand \_\_\_\_\_ Ehemaliger Beruf \_\_\_\_\_  
Konfession \_\_\_\_\_ Aktueller Wohnsitz \_\_\_\_\_  
(mind. 2 Jahre)

Momentaner Aufenthalt \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse \_\_\_\_\_  
(falls nicht Bewohner/in)

### Krankenkasse

Name \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Sektion \_\_\_\_\_  
Mitglieder-Nr. \_\_\_\_\_

### Finanzielle Verhältnisse

Beziehen Sie a) eine Ergänzungsleistung zur AHV-Rente  ja  nein  
b) eine Hilflosenentschädigung  ja  nein

### Medizinische Angaben

#### Hausarzt

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

### Verfügen Sie über?

Patientenverfügung  ja  nein (wird von uns zur Verfügung gestellt)  
Vollmacht / Vorsorgeauftrag  ja  nein infolge eingeschränkter Handlungsfähigkeit  
(bitte bei Eintritt schriftlich abgeben)  
Mitgliedschaft bei Exit / Dignitas  ja  nein

## Angehörige

### Erste Kontaktperson

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

### Weitere Kontaktperson

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

### Weitere Kontaktperson

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

## Besonderes

Wünschen Sie einen Telefonanschluss im Zimmer?      \_\_\_ ja    \_\_\_ nein

Diese Anmeldung ist ohne Verpflichtung; die definitive Aufnahme erfolgt mit dem Pensionsvertrag.

Der/Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Pflegedienstleitung/Zentrumsleitung, beim Hausarzt oder Spital medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet somit den Arzt von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht.

Datum und Ort \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_  
(evtl. Unterschrift der gesetzlichen Vertretung)