

Anmeldung

Bitte Vorder- und Rückseite ausfüllen.

Geschützte Wohngruppe

provisorische Anmeldung

definitive Anmeldung

langfristiger Aufenthalt
gewünschter Eintritt: _____

befristeter Aufenthalt (min. 14 Tage)
für voraussichtlich _____ Tage/Wochen

Name*: _____	Vorname*: _____
Wohnort*: _____	Strasse*: _____
Geburtsdatum*: _____	Zivilstand*: _____
Telefon privat: _____	Telefon mobil: _____
Vorname/Name Ehegattin/Ehegatte: _____	
Heimatort*: _____	Konfession*: _____
Beruf: _____	AHV-Nr.*: _____
Hausärztin/Hausarzt*: _____ (Name, Adresse und Telefonnummer)	
Krankenkasse*: _____ (Sektion, Adresse und Telefonnummer)	
Versicherten-Nr. Krankenkasse*: _____	
Patientenverfügung vorhanden?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
werden Ergänzungsleistungen bezogen bzw. wurden solche beantragt?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
werden Hilflosenentschädigungsleistungen bezogen bzw. wurden solche beantragt?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefonanschluss erwünscht? <input type="checkbox"/> Ja	je Anschluss/Monat CHF 15.-- (Stand: 01.01.2021)

Mit * markierte Felder, sind Pflichtfelder!

Angehörige, Kontaktpersonen:

Verwandschaftsgrad: _____
 Name: _____ Vorname: _____
 Wohnort: _____ Strasse: _____
 Telefon: P _____ G _____ Mobil _____
 Benachrichtigungen "ja"/"nein": Tag: _____ Nacht: _____

Verwandschaftsgrad: _____
 Name: _____ Vorname: _____
 Wohnort: _____ Strasse: _____
 Telefon: P _____ G _____ Mobil _____
 Benachrichtigungen "ja"/"nein": Tag: _____ Nacht: _____

Verwandschaftsgrad: _____
 Name: _____ Vorname: _____
 Wohnort: _____ Strasse: _____
 Telefon: P _____ G _____ Mobil _____
 Benachrichtigungen "ja"/"nein": Tag: _____ Nacht: _____

Kontaktperson/gesetzlicher Vertreter (Beistand): _____
 Name: _____ Vorname: _____
 Wohnort: _____ Strasse: _____
 Telefon: P _____ G _____ Mobil _____
 Benachrichtigungen "ja"/"nein": Tag: _____ Nacht: _____

Korrespondenz geht an*: _____

Heimrechnung geht an*: _____

Bewohnerpost: Falls der/die Bewohner/in die Postbearbeitung nicht mehr selbständig durchführen kann, bitten wir Sie die Bewohnerpost vor Eintritt in das Seniorenheim Neckertal an einen Angehörigen umzuleiten.

Bemerkungen: _____

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie uns Adressänderungen von Angehörigen bzw. Kontaktpersonen sowie Wechsel der Krankenversicherung oder der Versicherten-Nr. umgehend melden.

Mit * markierte Felder, sind Pflichtfelder!