

## Anmeldung zur Aufnahme / Personalienblatt Bewohnende

### 1 Anmeldung

Melden Sie sich nur dann an, wenn der Heimeintritt aufgrund der Dringlichkeit der persönlichen Situation innerhalb von zwölf Monaten erfolgen soll.

- Eintritt Pflegeabteilung  
 Eintritt Wohngruppe: es liegt eine Demenzerkrankung vor und/oder die Person ist weglaufgefährdet

### 2 Personalien der interessierten Person / weitere Angaben

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
Geburtsdatum	Heimatort
AHV-Nr.	Zivilstand
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Telefon	Mobil
Konfession: <input type="checkbox"/> Reformiert <input type="checkbox"/> Katholisch <input type="checkbox"/> Andere:	
Demenzielle Entwicklung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, besteht eine ärztliche Diagnose?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Elektronisches Patientendossier EPD vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Krankenkasse</b>	Versicherten-Nr. (auf Police ersichtlich)
Krankenversicherungskarte KVG Karten-Nr. (Nummer ergänzen)	807560....
<b>Hausarzt</b> Name, Vorname	Ort

### 1. Bezugsperson (Vertrauensperson in Notfallsituationen und bei medizinischen Entscheidungen)

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
eMail	
Telefon	Mobil
Bezug: <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Beistand <input type="checkbox"/> Andere:	
Benachrichtigung auch in der Nacht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Rechnungsempfänger

Identisch mit 1. Bezugsperson  ja  nein      Wenn nein, unten eintragen

### Rechnungsempfänger (nur wenn nicht mit 1. Bezugsperson identisch)

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
Strasse, Nr.	PLZ, Ort

eMail

Telefon

Mobil

Bezug:  Ehepartner  Tochter  Sohn  Beistand  Andere:

Stellvertretung 1. Bezugsperson (Vertrauensperson)

ja

nein

Wenn ja, Benachrichtigung auch in der Nacht?

ja

nein

### Weitere Bezugspersonen

Name

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

eMail

Telefon

Mobil

Bezug:  Ehepartner  Tochter  Sohn  Beistand  Andere:

Stellvertretung 1. Bezugsperson (Vertrauensperson)

ja

nein

Wenn ja, Benachrichtigung auch in der Nacht?

ja

nein

### Weitere Bezugspersonen

Name

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

eMail

Telefon

Mobil

Bezug:  Ehepartner  Tochter  Sohn  Beistand  Andere:

Stellvertretung 1. Bezugsperson (Vertrauensperson)

ja

nein

Wenn ja, Benachrichtigung auch in der Nacht?

ja

nein

### 3 Arztzeugnis (der Anmeldung beilegen)

Bitte lassen Sie das Dokument vom Spital, Heim oder von Ihrem Hausarzt ausfüllen.

Link zum öffnen und drucken des Dokuments [Arztzeugnis](#)

**Für ausführliche Bemerkungen/Informationen bitte nächste Seite verwenden.**

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Interessent/-in

Unterschrift Angehörige  
oder gesetzliche Vertretung

