



**Anmeldeformular für einen stationären/temporären Aufenthalt**

**Personalien und allgemeine Angaben**

Familienname	Vorname(n)
Geburtsdatum	Heimatorte (für Ausländer: Geburtsort)
Nationalität	Konfession
Zivilstand	AHV-Nr.
PLZ/Wohnort	Ehemaliger Beruf
Genauere Adresse	Telefon-Nummer
Gegenwärtiger Aufenthaltsort	Eintrittsdatum

**Ärztliche Betreuung / Krankenversicherung** (bitte Kopie des Versicherungsausweises beilegen)

Einweisender Arzt (Name, Adresse, Ort, Telefon-Nummer)	
Krankenkasse	Mitglied- / Versicherten-Nummer
Sektion, Adresse, PLZ / Ort	
Hausarzt (Name, Adresse, Ort; Telefon-Nummer)	

**Kontaktpersonen / Angehörige**

<b>1. Person / Gesetzlicher Vertreter</b> Familienname, Vorname	<b>2. Person / Gesetzlicher Vertreter</b> Familienname, Vorname
Adresse / Wohnort	Adresse / Wohnort
Telefon-Nummer	Telefon-Nummer
E-Mail	E-Mail
Art des Bezugsverhältnisses	Art des Bezugsverhältnisses
<b>3. Person / Gesetzlicher Vertreter</b> Familienname, Vorname	<b>4. Person / Gesetzlicher Vertreter</b> Familienname, Vorname
Adresse / Wohnort	Adresse / Wohnort
Telefon-Nummer	Telefon-Nummer
E-Mail	E-Mail
Art des Bezugsverhältnisses	Art des Bezugsverhältnisses

<b>Weitere Angaben / Bemerkungen</b>		
Erhalten Sie bereits eine Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie bereits eine Ergänzungsleistung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Zusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Mitglied von Exit o.ä. ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wünschen Sie einen persönlichen Telefonanschluss?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wünschen Sie einen Internetzugang (WLAN)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rechnungsempfänger (Name, Vorname, Adresse, PLZ/Ort; Telefon-Nr.)		
Wollen Sie Ihren Hausarzt behalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Übernehmen Sie unseren Heimarzt Dr. A. Rothenbühler Lyss?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Raucher/in ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Weitere Mitteilungen:</b> (Angaben über besondere Lebensgewohnheiten, Hobbies, Ernährungsgewohnheiten, Krankheiten etc. auch Rückseite benützbar)		
<b>Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?</b>		
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> BewohnerIn AH Pfrundacker	
<input type="checkbox"/> Angehörige/Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/> Spitex	
<input type="checkbox"/> Beratung (Pro Senectute/Sozialdienst etc.)	<input type="checkbox"/> Andere: _____	

### **Ermächtigung / Pensionsvertrag / Unterschrift**

Der Gesuchsteller/die Gesuchstellerin ermächtigt sämtliche Behörden und deren Amtsstellen sowie den vorbehandelnden Ärzten, der Heimleitung und der Pflegedienstleitung der Privataltersheim Pfrundacker AG die von ihr gewünschten Auskünfte zu erteilen.

Der/die Unterzeichnende(n) nimmt/nehmen zur Kenntnis, dass bei Eintritt in das Privataltersheim Pfrundacker ein Vertrag mit dem Bewohner/der Bewohnerin abgeschlossen wird. Die Mindestaufenthaltsdauer beträgt 21 Tage.

#### **Bewohner/in:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### **Vertreter des Bewohners / Rechnungsempfänger:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### **Für die Richtigkeit:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Die Bestätigung der Richtigkeit der Personalien kann nach Eintritt durch die Privataltersheim Pfrundacker AG beim Zivilstandsamt/Einwohnerkontrolle eingeholt werden.