



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
Strasse/Hausnummer	Telefon-Nummer
Gegenwärtiger Aufenthaltsort	Gewünschtes Eintrittsdatum

Ärztliche Betreuung / Krankenversicherung (bitte Kopie der Krankenkassenkarte beilegen)

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

Kontaktpersonen / Angehörige

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

Weitere Angaben / Bemerkungen		
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
Wünschen Sie einen TV-Anschluss?	<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
Wünschen Sie eine Betreuung durch unseren Heimarzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Raucher/in ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weitere Mitteilungen: (Angaben über besondere Lebensgewohnheiten, Hobbies, Ernährungsgewohnheiten, Krankheiten etc. auch Rückseite benützbar)		
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?		
<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

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