

Anmeldeformular Heimeintritt

Personalien

| | |
|--------------------------|------------------------|
| Name: | Vorname: |
| letzte Wohnadresse, Ort: | |
| Geb. Datum: | Zivilstand: |
| Heimatort: | gesetzlicher Wohnsitz: |
| Staatsangehörigkeit: | Konfession: |
| Natel Nr: | |

Hausarzt, Zahnarzt evtl. weitere behandelnde Ärzte

| | |
|--------------------------------|----------|
| Praxis Hausarzt, Adresse, Ort: | Telefon: |
| Zahnarzt, Adresse, Ort: | Telefon: |
| Arzt, Adresse, Ort: | Telefon: |

Versicherungen

| | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| AHV-Nr.: | AHV-Bezüger: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | |
| Krankenkasse (KK), Geschäftsstelle: | Versicherten Nr.(KK): | | | | |
| IV-Bezüger: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ergänzungsleistungen: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Eintritt / Rechnungs-Adresse

gewünschtes Eintrittsdatum: _____

Rechnung: an Bewohner Betreuungsperson (siehe unten)

Betreuungsperson (nur auszufüllen, wenn Person betreut wird)

Institution: _____

| | |
|----------|-------------------------|
| Name: | Vorname: |
| Adresse: | PLZ Ort: |
| Telefon: | Natel: |
| E-Mail: | Art der Verwandtschaft: |

Funktion:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Begleitbeistandschaft (ZGB Art. 393) | <input type="checkbox"/> Vertretungsbeistandschaft (ZGB Art. 394) |
| <input type="checkbox"/> Vermögensverwaltung (ZGB Art. 395) | <input type="checkbox"/> Mitwirkungsbeistandschaft (ZGB Art. 396) |
| <input type="checkbox"/> umfassende Beistandschaft (ZGB Art. 398) | <input type="checkbox"/> Andere _____ |

Anmeldeformular Heimeintritt

Angehörige, wichtige Kontakte

1. Bezugsperson

| | |
|---------------------|----------------------|
| Name: | Vorname: |
| Strasse: | PLZ, Ort: |
| Telefon-Nr. Privat: | Telfon-Nr. Geschäft: |
| Natel-Nr.: | E-Mail: |
| Verwandschaftsgrad: | |

2. Bezugsperson

| | |
|---------------------|----------------------|
| Name: | Vorname: |
| Strasse: | PLZ, Ort: |
| Telefon-Nr. Privat: | Telfon-Nr. Geschäft: |
| Natel-Nr.: | E-Mail: |
| Verwandschaftsgrad: | |

3. Bezugsperson

| | |
|---------------------|----------------------|
| Name: | Vorname: |
| Strasse: | PLZ, Ort: |
| Telefon-Nr. Privat: | Telfon-Nr. Geschäft: |
| Natel-Nr.: | E-Mail: |
| Verwandschaftsgrad: | |

Ort, Datum:

Unterschrift:

Ablage: Bewohnerdossier

Landwirtschaftliches Altersheim Hermolingen

Stationsstrasse 40
6023 Rothenburg
Tel. 041 280 16 33
info@hermolingen.ch
www.hermolingen.ch