

## 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:  ja  nein IV-Bezüger:  ja  nein

Ergänzungsleistungen:  ja  nein Hilflosenentschädigung:  ja  nein

Krankenkasse (KK), Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_ Versicherten Nr.(KK): \_\_\_\_\_

### 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

#### Haus & Hof Hermolingen

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