

Anmeldung

Zimmerwahl

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> Es bestehen körperliche Einschränkungen |
| <input type="checkbox"/> Doppelzimmer (Nur auf Anfrage) | <input type="checkbox"/> Es bestehen neurokognitive Einschränkungen (Demenz) |
| | <input type="checkbox"/> Es bestehen Allergene, wenn ja, welche? |
-

Gewünschter Eintritt

- Dringlich
 Innerhalb 12 Monaten
 Vorsorglich

Bemerkung: _____

Personalien und allgemeine Angaben

Name und lediger Name _____

Vorname _____ Strasse _____

PLZ, Wohnort _____ Zivilrechtlicher Wohnsitz _____

Tel. Privat _____ Tel. Mobil _____

E-Mail _____ Konfession _____

Heimatort _____ Muttersprache _____

Geb. - Datum _____ Soz. Vers.¹⁾ **756.**

Zivilstand _____ Ehem. Beruf _____

Gegenwärtiger Aufenthalt

- Institution (Spital Klinik etc.)
 Privathaushalt

Es besteht ein Vorsorgeauftrag nein ja Falls ja, wo hinterlegt?

Es besteht eine Patientenverfügung nein ja Falls ja, wo hinterlegt?

Es besteht ein elektronisches Patientendossier nein ja

Es besteht eine Beistandschaft nein ja

Es besteht ein Bezug von Ergänzungsleistungen nein ja

Kopie Sozialversicherungsausweis beigelegt? nein ja

Kopie Versicherungskarte Krankenkasse beigelegt? nein ja

Wohnsitzbestätigung beigelegt? nein ja

Vertretung

primäre Kontaktperson Beistand

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ, Wohnort _____
Tel. Privat _____ Tel. Mobil _____
Tel. Gesch. _____ Verwandtschaftsgrad _____
E-Mail _____

An wen soll die Rechnung gehen?

Bewohner Kontaktperson Beistand

Darf die Rechnung per E-Mail gesandt werden? Ja Nein

Falls ja, E-Mail-Adresse: _____

Weitere Bezugspersonen

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ, Wohnort _____
Tel. Privat _____ Tel. Mobil _____
Tel. Gesch. _____ Verwandtschaftsgrad _____
E-Mail _____

Hausärztin/Hausarzt

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ, Wohnort _____
Telefon _____

Krankenkasse

Name _____ PLZ, Ort _____

Mitgliedernummer _____

Hausarztmodell Ja Nein

Ergänzende Informationen

Ort/ Datum _____ Unterschrift _____

Ermächtigung zur Auskunft

Sie ermächtigen die Verwaltung der Haus Eigenamt AG, sämtlichen Behörden und Amtsstellen die gewünschten Auskünfte zu erteilen.

Bitte senden Sie das Anmeldeformular und die Kopien an:

Haus Eigenamt AG
Bewohneradministration
Flachsacherstrasse 2
5242 Lupfig

Tel. 056 464 22 22
info@haus-eigenamt.ch
www.haus-eigenamt.ch