



Anmeldung

Gewünschte Aufenthaltsdauer

- Kurzaufenthalt (maximal 8 Wochen) Unbefristeter Aufenthalt
 Austrittsdatum (falls bekannt)

Personalien

Name Vorname
Strasse / Nr. PLZ / Ort
Telefon AHV-Nummer
Geburtsdatum Zivilstand
Konfession Heimatort
Schriften hinterlegt in der Gemeinde
Krankenkasse Mitgliedsnummer

Hausärztin / Hausarzt

Name
Strasse / Nr. PLZ / Ort
Telefon

Wechsel zur Heimgärztin / zum Heimgarzt gewünscht?

- Ja Nein

Wechsel zum Heimgzahnärztin / zur Heimgzahnarzt gewünscht?

- Ja Nein

Vollmacht

- Ja Nein

Vorsorgeauftrag

- Ja Nein

Patientenverfügung

- Ja Nein

Falls ja, wo sind die Originale hinterlegt

Einkommens- und Vermögensverhältnis

- Zutreffendes Ankreuzen AHV IV
 Hilflosen Entschädigung
 Ergänzungsleistung



Bezugsperson 1 und Rechnungsadresse

- Beistand / Vormund Angehörige
 Vertretungsberechtigte Person

Name Vorname
Strasse / Nr. PLZ / Ort
Telefon Handy
E-Mail
Bei Angehörigen: Verwandtschaftsgrad

Rechnungsstellung an

- die mit einer Vollmacht bezeichnete Person
 die in einem Vorsorgeauftrag (Art. 360 ff ZGB) bezeichnete Person
 die in einer Patientenverfügung (Art. 370 ff ZGB) bezeichnete Person
 der Beistand mit schriftlicher Zustimmung der Erwachsenenschutzbehörde
 die Ehegattin / der Ehegatte oder die eingetragene Partnerin / der eingetragene Partner
 die Person, welche mit der Interessentin / dem Interessenten einen gemeinsamen Haushalt geführt hat und regelmässig und persönlich Beistand leistet (gemäss Kaskade bei medizinischen Massnahmen)
 Nachkommen / Geschwister, welche der Interessentin / dem Interessenten regelmässig und persönlich Beistand leisten

Bezugsperson 2 (Angehörige oder Bekannte)

Name Vorname
Strasse / Nr. PLZ / Ort
Telefon Handy
E-Mail
Bei Angehörigen: Verwandtschaftsgrad

Vertretungsberechtigte Person bei medizinischen Massnahmen gem. Art 378 ZGB

Name Vorname
Strasse / Nr. PLZ / Ort
Telefon Handy
E-Mail



Benötigte Unterlagen / Kopien (mit der Anmeldung einreichen)

- Arztzeugnis / Überweisungsbericht
- Familienbüchlein / Niederlassungsbewilligung
- Krankenkassenkarte oder Police
- Verfügung Ergänzungsleistung
- Ernennungsurkunde Beistand
- Patientenverfügung
- Vorsorgeauftrag
- Vollmacht
- Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Telefon / Radio und TV / Medien

- Eigener Telefonanschluss gewünscht? Ja Nein
Eigener TV-Anschluss gewünscht? Ja Nein
Haben Sie eine Zeitung / ein Magazin abonniert? Ja* Nein

*Welche / Welches?

Kontaktadresse

- Interessentin / Interessent Bezugsperson 1 Bezugsperson 2

Ort, Datum, Unterschrift

Ort Datum

- Klientin, Klient
- Vertretungsberechtigte Person

Wir bedanken uns für Ihre Anmeldung und freuen uns, dass Sie sich für das Landhaus Neuenegg entschieden haben!