

# Anmeldung Bewohnende/Feriengäste

## Bewohneradministration



- Vorsorgliche Anmeldung**                       **Dringliche Anmeldung**
- Ferienaufenthalt von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_

Personalien	
Familienname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Heimatort: Ausländer Geburtsort:
Nationalität:	Konfession:
Zivilstand:	<b>AHV-Nr. 756.</b> _____
Strasse:	PLZ / Wohnort
Schriften deponiert in:	seit:
Telefon-Nr./Natel:	E-Mail:
Aktueller Aufenthaltsort:	
Zuletzt ausgeübter Beruf:	
Ärztliche Betreuung / Versicherungen	
<b>Hausarzt</b> Name: Vorname: Strasse: PLZ/Ort: Telefon-Nr.	<b>Versicherungen</b> Krankenkasse: KK-Nr.: Adresse:  Unfallversicherung vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Privathaftpflicht vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eintritt von (zu Hause, KSA, andere Institution etc.):	

# Anmeldung Bewohnende/Feriengäste

## Bewohneradministration



Besteht ein Vorsorgeauftrag?	<input type="checkbox"/> Ja (→ <b>wir bitten um Kopie</b> )	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> Ja (→ <b>wir bitten um Kopie</b> )	<input type="checkbox"/> nein
Werden Hilfsmittel benötigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein, keine
	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
	<input type="checkbox"/> Nein, eigene Hilfsmittel vorhanden	
Erhalten Sie Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Kontaktpersonen / Angehörige		
1. Kontaktperson	2. Kontaktperson	
Familienname/Vorname:	Familienname/Vorname:	
Strasse / PLZ / Ort:	Strasse / PLZ / Ort:	
Tel.-Nr. / Natel-Nr.:	Tel.-Nr. / Natel-Nr.:	
E-Mail-Adresse:	E-Mail-Adresse:	
Art des Bezugsverhältnisses:	Art des Bezugsverhältnisses:	

# Anmeldung Bewohnende/Feriengäste

## Bewohneradministration



3. Kontaktperson	4. Kontaktperson
Familienname/Vorname:	Familienname/Vorname:
Strasse / PLZ / Ort:	Strasse / PLZ / Ort:
Tel.-Nr. / Natel-Nr.:	Tel.-Nr. / Natel-Nr.:
E-Mail-Adresse:	E-Mail-Adresse:
Art des Bezugsverhältnisses:	Art des Bezugsverhältnisses:
<b>Rechnungsempfänger:</b> (Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort, Tel.-Nr.)	
<b>Weitere Angaben</b>	
Wer darf benachrichtigt werden bei einem freiwerdenden Zimmer?	
Gibt es spezielle Ernährungsgewohnheiten, Allergien oder Speisen, die Sie nicht mögen?	

# Anmeldung Bewohnende/Feriengäste

## Bewohneradministration



### Bei Eintritt:

**Gewohnheiten:** falls es spezielle Gewohnheiten / spezielle Tagesabläufe gibt, sind wir auch hier sehr dankbar um Informationen spätestens bei Eintritt.

### Reanimationsstatus - Bedeutung und unsere damit verbundene Bitte:

Im Notfall muss unsere Institution wissen, ob eine Reanimation gewünscht ist oder nicht. Ihre Hausärztin/ Ihr Hausarzt informiert Sie gern betr. Pro und Contra einer Reanimation.

Falls Ihr Wunsch nicht bereits in Ihrer Patientenverfügung vermerkt ist, bitten wir Sie, uns dies hiermit zu beantworten:

JA, Reanimation       NEIN, keine Reanimation

### Bemerkungen

Der/die Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass bei Eintritt in das AZCH ein Betreuungsvertrag erstellt wird.

### Bitte beachten: Taxordnung und Heimreglement

Bitte legen Sie der Anmeldung auch eine Kopie der Krankenkassenkarte sowie eine Kopie Ihres Personalausweises (ID) bei.

### Unterschrift

**Angemeldete Person** (urteilsfähig)

Ort, Datum

Unterschrift

**Vertreter des zukünftigen Bewohnenden**

Ort, Datum

Unterschrift