

## Anmeldeformular

Personalien (Sämtliche Personendaten werden vertraulich behandelt)

Name	Vorname	
Adresse	PLZ/Ort	
Telefon	Mobile	
Wohnsitzgemeinde	Zivilstand	Konfession
Heimatort	Geburtsort	
Geburtsdatum	AHV-Nr.	
Adresse Krankenkasse (Grundvers.)	Versicherten-Nr. <b>⇒ bitte Kopie Vers-Police+Karte beilegen</b>	
Versichertenkarten-Nr.	Karte gültig bis	
<input type="checkbox"/> Einwilligung zur Bearbeitung von Personendaten ist zwingend notwendig für Aufnahme		

### Vertretungen und Verfügungen

Besteht eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <b>⇒ bitte Kopie beilegen</b>
Besteht ein Vorsorgeauftrag?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <b>⇒ bitte Kopie beilegen</b>
Besteht eine Beistandschaft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <b>⇒ bitte Kopie Ernennungsurkunde beilegen</b>
Taschengeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <b>⇒ Betrag CHF .....pro</b> <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat

### Hausarzt

Name	Vorname
Telefon Geschäft	E-Mail
Wechsel zu Heimarztpraxis BESAS (während Aufenthalt) <input type="checkbox"/> erwünscht <input type="checkbox"/> nicht erwünscht	
<input type="checkbox"/> Elektronisches Patientendossier (EPD) vorhanden <input type="checkbox"/> Zugriffsrecht für Siloah sind erteilt	

### Adressen der nächsten Angehörigen

1. Ansprechperson	Verwandtschaftsgrad/Beziehung
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon P	Telefon G
Mobile	E-Mail



2. Ansprechperson	Verwandtschaftsgrad/Beziehung
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon P	Telefon G
Mobile	E-Mail

### Korrespondenzadresse

Verwandtschaftsgrad/Beziehung	
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon P	Telefon G
Mobile	E-Mail

### Rechnungsaadresse

analog Korrespondenzadresse

Verwandtschaftsgrad/Beziehung	
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon P	Telefon G
Mobile	E-Mail

### TV-Gerät

Das TV-Gerät ist nicht in der Kommunikationspauschale enthalten.

Bitte ankreuzen.

TV-Gerät	ja	nein	eigenes Gerät
Gerätemiete (CHF 20.- / Monat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Finanzielle Verhältnisse

• Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja ⇒ bitte Verfügung beilegen
	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> müssen beantragt werden
• Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer
• Kopie der letzten Steuererklärung oder Veranlagungsverfügung beilegen		
• Bei Eintritt zu einem Daueraufenthalt oder Wechsel von einem Kurz- zu einem Daueraufenthalt (der Wechsel erfolgt nach 60 Tagen automatisch) wird eine unverzinsliche Vorauszahlung in der Höhe von CHF 6000.- in Rechnung gestellt		



Bankverbindung für Rückzahlungen (z.B. Rückerstattung Vorauszahlung)

IBAN-Nummer

Lautend auf

Eintrittstermin

 sobald als möglich Anmeldung vorsorglich

Weitere Informationen, Bemerkungen

## Wichtige Hinweise

- Es gilt die aktuelle Preisliste Langzeitbereich.
- Die Anmeldung ist verbindlich.
- Die Mindestaufenthaltsdauer und Kündigungsfrist beträgt 14 Tage.
- Bei Nicht-Eintritt oder verspätetem Eintritt (ausser aus medizinischen Gründen) wird die Leerbettgebühr in Rechnung gestellt.

Ort, Datum\_\_\_\_\_

Vorname, Name Bewohner:in in Blockschrift\_\_\_\_\_

Vorname, Name gesetzliche Vertretung in Blockschrift\_\_\_\_\_

**Unterschrift** Bewohner:in bzw. gesetzliche Vertretung\_\_\_\_\_