



Anmeldeformular Bewohnereintritt

Name: (bei Frauen auch lediger Name)		Langzeitaufenthalt	<input type="checkbox"/>
Vorname:		Ferienaufenthalt	<input type="checkbox"/>
Adresse:		Überbrückung	<input type="checkbox"/>
PLZ Wohnort:			
Eintrittstermin:			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Zivilstand:		Konfession:	
Wohnsitzgemeinde:		Beruf:	
Schriften hinterlegt in:		AHV-Nr.:	756.
Name / Vorname des Ehegatten/der Ehegattin: (auch wenn verstorben)			
Name / Vorname des Vaters:		Name / Vorname der Mutter:	
Bezugspersonen / Angehörige bei Fragen			
Name, Vorname, Adresse, Tel. Nr., Verwandtschaftsgrad <i>(bitte vollständig ausfüllen, danke)</i>			
Bezugsperson für finanzielle Angelegenheiten, Rechnungsempfänger			
Name, Vorname, Adresse, Tel. Nr., Verwandtschaftsgrad / Sozialamt / KESB <i>(bitte vollständig ausfüllen, danke)</i>			
gültige Vollmacht vorhanden: Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>			
Gesetzlicher Vertreter			
Name, Adresse, Tel. Nr., <i>(bitte vollständig ausfüllen, danke)</i>			



Anmeldeformular Bewohnereintritt

Hausarzt
Name, Adresse, Tel. Nr., *(bitte vollständig ausfüllen, danke)*

Vorzug Heimarzt per Eintritt ins Margoa (mit der untenstehenden Unterschrift wird dies bestätigt)

Allergien und / oder Unverträglichkeiten
Bitte geben Sie alle Allergien & Unverträglichkeiten (Nahrungsmittel, Medikamentenwirkstoffe etc. an)

Keine Allergien oder Unverträglichkeiten

Krankenkasse (Grundversicherung)
Name, Adresse, Tel. Nr., Versichertennummer, *(bitte vollständig ausfüllen, danke)*

Versichertennummer:

Krankenkasse (Zusatzversicherung VVG)
Name, Adresse, Tel. Nr., Versichertennummer, *(bitte vollständig ausfüllen, danke)*

Versichertennummer:

AHV-Ausgleichskasse
Name, Adresse *(bitte vollständig ausfüllen, danke)*

Beziehen Sie bereits eine Ergänzungsleistung zur AHV-Rente	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	
Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	
Besitzen Sie eine Patientenverfügung	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	wenn ja, Datum:
Besitzen Sie einen Vorsorgeauftrag	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	wenn ja, Datum:

Anmeldeformular Bewohnereintritt

Regelung Post

- Die Post wird umgeleitet
- Die Post darf der Bewohnende selbst öffnen
- Die Post darf der Bewohnende im Beisein einer Betreuungsperson selbst öffnen
- Die Post soll weiter versendet werden an:

Taschengeld Verfügung

- Der Bewohnende verfügt über sein / ihr eigenes Geld
- Der Bewohnende erhält ein Taschengeld: Betrag von CHF / Monat
- Das Taschengeld wird durch folgende Vertretung organisiert

Folgende Kopie-Dokumente werden mit der Anmeldung benötigt:

ID / Pass

AHV-Karte

Aktuelle Krankkassenpolice

Patientenverfügung (sofern vorhanden)

Verfügung Ergänzungsleistung (sofern vorhanden)

Verfügung Hilflosenentschädigung (sofern vorhanden)

Ernennungsurkunde der KESB (sofern vorhanden)

Anmeldeformular Bewohnereintritt

Bemerkungen:

Der/ die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Leitung Pflege und Betreuung, beim Arzt medizinische Auskünfte einzuholen, zwecks Abklärung des Pflegeaufwandes. Er/Sie entbindet den Arzt insofern von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Leitung Pflege und Betreuung.

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Damit wir die Anmeldung EDV-technisch korrekt erfassen können, sind wir auf detaillierte Daten zwingend angewiesen.

Ort, Datum:

Unterschrift zuk. Bewohner/in:

Unterschrift ges. Vertretung: