

Anmeldeformular

Personalien

Name/Vorname: _____
Adresse: _____
PLZ/Wohnsitz: _____
Telefon-Nummer: _____
Zivilstand: _____
Konfession: _____
Geburtsdatum: _____
AHV-Nummer: _____
Krankenkasse: _____ Kopie Krankenkassenkarte beilegen
Mitglieder- Nummer: _____
Gewünschter Eintritt: _____

Name, Adresse und Telefonnummern und E-Mail-Adresse der Familienangehörigen
(Ehepartner, Söhne/Töchter, evt. andere Bezugspersonen - bitte vollständige
Angaben)

- Wer ist Ihre primäre Bezugsperson in persönlichen Angelegenheiten ?

Name/Adresse: _____

Telefonnummer/E-Mail: _____

- Wer erledigt allfällige Korrespondenzen/Finanzen?

Name/Adresse : _____

Telefonnummer/E-Mail: _____

- **Besteht ein Vorsorge-Auftrag und oder eine Patientenverfügung? Kopie beilegen**

- **Wer ist Ihr Hausarzt, wer Ihr Spezialarzt?**

- **Benützen Sie bestimmte Hilfsmittel?**

-Brille/Kontaktlinsen

-Hörgerät

-Zahnprothese (oben/unten/beides)

-Gehilfen(Stock/Rollator/Rollstuhl)

-Kommunikationsprobleme

- **Wichtige Erkrankungen bisher?**

- **Essen und Trinken?**

Form Diabetes/etc.

- **Wünschen Sie einen eigenen Telefonanschluss im Zimmer?**

- **Wünschen Sie einen eigenen TV-Anschluss im Zimmer?**

- **Beziehen Sie bereits:**

Hilflosenentschädigung: ☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt

Ergänzungsleistung: ☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt

- **Bemerkungen:**

(Diese Anmeldung ist unverbindlich)

Datum: _____

Unterschrift:

Bitte einsenden an: Betagtenzentrum Linde, Dorfstrasse 6e, 6022 Grosswangen