



# Anmeldeformular

## Personalien

**Name/Vorname:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Wohnsitz:**

**Telefon-Nummer:**

**Zivilstand:**  verheiratet  ledig  geschieden  verwitwet

## **Konfession:**

**Geburtsdatum:**

**AHV-Number:**

**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 \_\_\_\_\_

-Hörgerat \_\_\_\_\_

-Zahnprothese (oben/unten/beides) \_\_\_\_\_

-Gehhilfen(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