

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 ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer

☐ Nein

☐ beantragt

Ergänzungsleistung: ☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt

- Bemerkungen:

(Diese Anmeldung ist unverbindlich)

Datum: _____

Unterschrift: _____

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