

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

-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 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