



Betagtenzentrum

Linde

Grosswangen

## Anmeldeformular

### Personalien

Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnsitz: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nummer: \_\_\_\_\_  
Zivilstand: \_\_\_\_\_  
Konfession: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
AHV-Nummer: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Mitglieder- Nummer: \_\_\_\_\_  
Gewünschter Eintritt: \_\_\_\_\_

### Name, Adresse und Telefonnummern der Familienangehörigen

(Ehepartner, Söhne/Töchter, evt. andere Bezugspersonen - bitte vollständige Angaben)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wer ist Ihre primäre Bezugsperson in persönlichen Angelegenheiten ?

Name/Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

- **Wer erledigt allfällige Korrespondenzen/Finanzen?**

**Name/Adresse :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

- **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?**

\_\_\_\_\_

- **Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**(Diese Anmeldung ist unverbindlich)**

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

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