



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