

(wird durch das Wohn- und Pflegezentrum Meeresstern ausgefüllt)	
Eintritt	
Zimmer-Nr.	
Telefon-Nr.	

## Anmeldung

Wohnformen				
<input type="checkbox"/>	1er Zimmer mit WC/ Dusche	<input type="checkbox"/>	1er Zimmer mit Lavabo	
<input type="checkbox"/>	2er Zimmer mit WC/ Dusche	<input type="checkbox"/>	2er Zimmer mit Lavabo	
<input type="checkbox"/>	Daueraufenthalt			
<input type="checkbox"/>	Kurzaufenthalt	von		bis
<input type="checkbox"/>	Tagesaufenthalt	von		bis

Gewünschtes Eintrittsdatum			
<input type="checkbox"/>	Dringlich	<input type="checkbox"/>	Vorsorglich
		ab	

Personalien			
Familienname		Lediger Name	
Vorname		Beruf	
Geburtsdatum		Konfession	
Zivilstand		AHV-Nummer	
Heimatort		Geburtsort	

Zivilrechtliche Wohnsitzadresse			
Strasse / Nr.		Telefon	
PLZ / Ort		Natel	
E-Mail			

Gegenwärtiger Aufenthaltsort (Klinik, Spital, Kurhaus, REHA-Klinik, anderes Heim, Angehörige, etc.)			
Aufenthaltsort		E-Mail	
Strasse / Nr.		Telefon	
PLZ / Ort		Natel	

## Nächste Angehörige / Bezugspersonen / Vertretung / Beistand

(Bitte den Verwandtschaftsgrad ausfüllen, z. B. Sohn / Tochter / Enkel / Bekannte...)

### 1. Ansprechperson / Vertrauensperson für die Anmeldung ins Wohn-/Pflegezentrum

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:			
Familienname		E-Mail	
Vorname		Tel. Privat	
Strasse / Nr.		Tel. Geschäft	
PLZ / Ort		Natel	

### 2. Vertretung / Beistand

<input type="checkbox"/>	Vertretende Person gemäss Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/>	Beistand
Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:			
Familienname		E-Mail	
Vorname		Tel. Privat	
Strasse / Nr.		Tel. Geschäft	
PLZ / Ort		Natel	

### 3. Weitere Angehörige / Bezugspersonen

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:			
Familienname		E-Mail	
Vorname		Tel. Privat	
Strasse / Nr.		Tel. Geschäft	
PLZ / Ort		Natel	
Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:			
Familienname		E-Mail	
Vorname		Tel. Privat	
Strasse / Nr.		Tel. Geschäft	
PLZ / Ort		Natel	

### Ärzte

#### Hausarzt

Name/ Vorname		Tel. Praxis	
Strasse/ Nr.		PLZ / Ort	

#### Arzt bei Heimaufenthalt

Name/ Vorname		Tel. Praxis	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	

Versicherungen			
<i>Krankenkasse</i>			
Gesellschaft		Vers.-Nr.	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	
Telefon			
<input type="checkbox"/> Privatversicherung	<input type="checkbox"/> Halbprivatversicherung	<input type="checkbox"/> Allgemeine Versicherung	
<i>Unfallversicherung nach Invalidenversicherungsgesetz (IVG)</i>			
Gesellschaft		Vers.-Nr.	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	
Telefon			
<i>Haftpflicht-Versicherung</i>			
Gesellschaft		Policen-Nr.	
<b>Rechnungsempfänger</b>			
Rechnung an Gast	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<i>Wenn nicht Selbstzahler, geht Rechnung an folgende Person:</i>			
<input type="checkbox"/> Vertretende Person gemäss Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> Beistand		
<b>Dokumente</b>			
Vorsorgeauftrag (wenn ja, Kopie beilegen)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Patientenverfügung ( wenn ja, Kopie beilegen)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Beistandschaft ( wenn ja, Kopie beilegen)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Krankenkasse (wenn ja, Kopie beilegen)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
<i>Zusätzlich für Eintritt in die Pflegeabteilung</i>			
EL-Verfügung vorhanden ( wenn ja, Kopie beilegen)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Bezüger HE (Hilflosenentschädigung)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
EL-Antrag gestellt ( wenn ja, Kopie beilegen)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Bezüger IV (Invalidenversicherung)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
<b>Bemerkungen:</b>			
Ort / Datum		Gast / Vertretung	