

|  |  |
|--|--|
| (wird durch das Wohn- und Pflegezentrum Schloss Berg ausgefüllt) |  |
| Eintritt   |  |
| Zimmer-Nr.   |  |
| Telefon-Nr.  |  |

## Anmeldung

| Wohnformen               |                           |                          |                   |                          |                       |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1er Zimmer mit WC/ Dusche | <input type="checkbox"/> | 1er Zimmer mit WC | <input type="checkbox"/> | 1er Zimmer mit Lavabo |
| <input type="checkbox"/> | 2er Zimmer mit WC/ Dusche | <input type="checkbox"/> | 2er Zimmer mit WC | <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   |   |  |  |

| Haftpflicht-Versicherung |  |             |  |
|--------------------------|--|-------------|--|
| Gesellschaft             |  | Policen-Nr. |  |

| Rechnungsempfänger   |                                   |                               |  |
|--|-----------------------------------|-------------------------------|--|
| 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 |                               |  |

| Dokumente   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Vorsorgeauftrag<br>(wenn ja, Kopie beilegen)          | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> | Patientenverfügung<br>(wenn ja, Kopie beilegen) | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> |
| Beistandschaft<br>(wenn ja, Kopie beilegen)           | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> | Krankenkasse<br>(wenn ja, Kopie beilegen)       | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> |
| <i>Zusätzlich für Eintritt in die Pflegeabteilung</i> |   |   |   |
| EL-Verfügung vorhanden<br>(wenn ja, Kopie beilegen)   | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> | Bezüger HE<br>(Hilflosenentschädigung)          | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> |
| EL-Antrag gestellt<br>(wenn ja, Kopie beilegen)       | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> | Bezüger IV<br>(Invalidenversicherung)           | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> |

| Wichtige Details:  |                          |
|--|--------------------------|
| Möchten Sie einen Schlüssel fürs Abschliessen der Zimmertüre | <input type="checkbox"/> |
| Möchten Sie einen Fernseher in Miete                         | <input type="checkbox"/> |
| Wünschen Sie ein Telefon in Ihrem Zimmer                     | <input type="checkbox"/> |

| Bemerkungen: |                   |
|--------------|-------------------|
|              |                   |
|              |                   |
|              |                   |
| Ort / Datum  | Gast / Vertretung |