



## Anmeldung für das Betreute Wohnen

Für eine Anmeldung bitten wir Sie nachfolgendes Formular auszufüllen. Dieses Formular dient als Reservierungsvertrag bis der definitive Betreuungsvertrag visiert ist.

Mit der Anmeldung bestätigen Sie mit den Bedingungen für eine Aufnahme einverstanden und über die Kosten informiert zu sein.

### Personalien

Name: ..... Vorname: .....  
AHV.-Nr.: ..... Geburtsdatum: .....  
Strasse: ..... PLZ, Ort: .....  
Tel.: ..... Email Adresse: .....  
Konfession: ..... Zivilstand: .....  
Eintrittsdatum: ..... Staatsangeh./ Bürgerort .....

### Eintrittsdiagnose

.....  
.....  
.....

### Gesetzliche Vertretung ja nein

Name / Vorname ..... Behörde .....  
Art der gesetzlichen Vertretung .....  
Telefon ..... Handy: .....  
Email Adresse .....



## Angehörige, die beauftragt sind

Name / Vorname ..... Verwandtschaftsgrad .....

Telefon ..... Handy: .....

Email Adresse .....

## Rechnungsstellung an:

Vertragsbeginn ..... .....

Rechnungsadresse ..... Strasse: .....

PLZ / Ort ..... Kostengutsprache:

Ansprechpartner ..... angefordert ..... genehmigt .....

.....

## Sozial- und Sachversicherungen

Krankenkassen ..... / Versicherungs-Nr. ....

IV-RentnerIn  ja  nein

EL-Anmeldung  ja  nein

HL-Anmeldung  ja  nein

## Bezug von Ergänzungsleistung?

Von wo?: ..... Monatlicher Betrag: .....

Krankenkasse: ..... Krankenkassen Nr.: .....

Haftpflichtversicherung: ..... Police Nr. ....



### Überweisender Arzt

Hausarzt ..... Tel.-Nr.: .....

Strasse: ..... PLZ / Ort .....

### Angehörige

EhepartnerIn ..... Telefon ..... email .....

Kinder ..... Telefon ..... email .....

Kinder ..... Telefon ..... email .....

### Spezielle Ernährungsbedürfnisse ja nein

Welche? ..... Massnahme: .....

Diäten? ..... Massnahme: .....

Bemerkungen .....

.....

### Wohnungseinrichtung

Möblierung Föhrenpark  ja  nein  eigene Föhrenpark

TV-Gerät:  ja  nein  eigenes Gerät

Computer  ja  nein  eigenes Gerät

**Weitere Ergänzungen**

Monatliches Taschengeld:       ja       nein      Betrag .....

Haben Sie eine Patientenverfügung?     ja       nein

**Bemerkungen**

.....  
 .....  
 .....

**Eintrittsdatum:** .....

Bewohner / Bewohnerin

Unterschrift ..... Datum: .....

Gesetzlicher Vertreter (falls vorhanden)

Unterschrift ..... Datum: .....

*intern:*

- Hausarzt Föhrengarten anfragen: ..... .....
- Pflegedienstleitung informieren: ..... .....
- Kostengutsprache anfordern: ..... .....
- Hauswirtschaft beauftragen: ..... .....