



Anmeldung

Art und Dauer des Aufenthaltes

unbefristet befristet bis _____

Gewünschtes Eintrittsdatum: _____ sobald als möglich

Personalien

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ AHV-Nr. _____

Geb.-Datum _____ Heimatort _____

Konfession _____ E-Mail _____

Zivilstand ledig verheiratet verwitwet geschieden

Ehepartner/in

Name _____ Vorname _____

Geb.-Datum _____ Wohnort _____

Handy-Nr. _____ E-Mail _____

Hausarzt

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____



Weitere Ärzte

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____

Kontaktpersonen

Kontaktperson primär

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Handy-Nr. _____

E-Mail _____ Tochter / Sohn / _____

Ermächtigen Sie diese Person, vom Alterszentrum Auskünfte über Gesundheitszustand, medizinische Versorgung und Lebenssituation im Allgemeinen zu erhalten?

Ja Nein

Wenn nein, geben Sie bitte eine ermächtigte Person an:

Kontaktperson sekundär

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Handy-Nr. _____

E-Mail _____ Tochter / Sohn / _____



Nächste Angehörige / weitere Kontaktpersonen

1. _____
2. _____
3. _____

Rechnungsadresse

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ/Ort _____
Telefon _____ Handy-Nr. _____
E-Mail _____ Tochter / Sohn / _____

Bestehende Dokumente

Besteht ein/e

- Patientenverfügung Vorsorgeauftrag Vollmacht
 Beistandschaft Art der Beistandschaft _____

Wenn vorhanden, Angaben über Beistand:

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ/Ort _____
Telefon _____ E-Mail _____

Momentan beanspruchte Leistungen

Spitex Nein Ja, seit _____
Ergänzungsleistungen Nein Ja, seit _____
Hilflosenentschädigung Nein Ja, seit _____

Andere: _____



Versicherungen

Krankenkasse _____ Sektion _____
Adresse _____ PLZ/Ort _____
Mitglied-Nr. _____ Hausarztmodell Ja Nein

Um über die Aufnahme im Alterszentrum entscheiden zu können, benötigen wir ein aktuelles ärztliches Zeugnis.

https://www.az-embrachertal.ch/files/ZQWD86V/Aerztliches_Zeugnis.pdf

Weitere Informationen zum Eintritt und Aufenthalt erhalten Sie unter folgendem Link:

<https://www.az-embrachertal.ch/Leben-und-Wohnen/Formulare-Infos/Pb3R9/>

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift*

* Gesuchsteller/in oder gesetzlicher Vertreter

Der/die Unterzeichnende bestätigt mit der Unterschrift die Richtigkeit der Angaben. Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt.