

# Definitive Anmeldung

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... AHV-Nr (13-stellig): .....-.....-.....

Strasse/Nr.: .....

Postleitzahl: ..... Wohnort: .....

Private Tel.-Nr./(Natel): .....

Heimatort: .....

Steuerwohnsitz: Postleitzahl: ..... Ort: .....

Zivilstand: ..... Konfession: .....

ehem. Beruf: .....

---

vertreten durch (1. Bezugsperson):

Name: ..... Vorname: .....

Strasse/Nr.: .....

Postleitzahl: ..... Wohnort: .....

Tel.Nr.: ..... Natel-Nr.: .....

E-Mail Adresse: .....

---

Behandelnder Arzt: .....

**Krankenversicherung:**

Name der Versicherung: .....

Versicherten-Nr: .....

---

**Heimrechnung** senden an:  Bewohner direkt

oder an: .....

**Angehörige:**

**1. Angehörige (=Bezugsperson, s. Vorderseite)**

Name: ..... Vorname: .....

Strasse/Nr.: .....

Postleitzahl: ..... Wohnort: .....

Tel.Nr.: ..... Natel-Nr.: .....

E-Mail Adresse: .....

Verwandtschaftsgrad/oder Bezug: .....

---

**2. Angehörige:**

Name: ..... Vorname: .....

Strasse/Nr.: .....

Postleitzahl: ..... Wohnort: .....

Tel.Nr.: ..... Natel-Nr.: .....

E-Mail Adresse: .....

Verwandtschaftsgrad/oder Bezug: .....

---

**3. Angehörige:**

Name: ..... Vorname: .....

Strasse/Nr.: .....

Postleitzahl: ..... Wohnort: .....

Tel.Nr.: ..... Natel-Nr.: .....

E-Mail Adresse: .....

Verwandtschaftsgrad/oder Bezug: .....

---

#### **4. Angehörige:**

**Name:** ..... **Vorname:** .....

**Strasse/Nr.:** .....

**Postleitzahl:** ..... **Wohnort:** .....

**Tel.Nr.:** ..... **Natel-Nr.:** .....

**E-Mail Adresse:** .....

**Verwandtschaftsgrad/oder Bezug:** .....

---

#### **Gesetzliche Vertretung**

(falls vorhanden Zutreffendes ankreuzen):  Beistandschaft  Vormundschaft

Wenn ja, Name und Adresse, Tel.-Nr.:

.....  
.....

#### **Definitiver Eintritt**

Art des Aufenthalts im Alterszentrum:  Ferienaufenthalt  Daueraufenthalt

Gewünschter Eintrittstermin (Datum): .....

Gewünschter Ferienaufenthalt (Datum): von ..... bis .....

Grund des Eintrittswunsches:

.....

#### **Angaben über den Gesundheitszustand**

Sind Sie beim An- und Auskleiden auf Hilfe angewiesen?  ja  nein

Können Sie sich selbständig waschen?  ja  nein

Können Sie sich selbständig duschen?  ja  nein

Können Sie selbständig betten?  ja  nein

Brauchen Sie Hilfeleistungen beim Essen/Trinken  ja  nein

Benötigen Sie eine vom Arzt verordnete Diät?  ja  nein

Bemerkungen zum gegenwärtigen Gesundheitszustand: (psychisch, physisch etc.):

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

**Patientenverfügung**

Haben Sie eine Patientenverfügung?  ja  nein

**Arztzeugnis** in der Beilage zum Aufnahmegesuch vorhanden:  ja  nein  
(Wichtig: Es werden keine Aufnahmegesuche ohne Arztzeugnis entgegengenommen.)

Name, Vorname/Adresse/Tel.-Nr. des Hausarztes:

.....  
.....

Wird Ihr Hausarzt Sie auch im Alterszentrum Churfürsten betreuen?  
Heimbesuch:  ja  nein

**Weitere Bemerkungen:**

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

Der/die Unterzeichnende hat die Taxordnung, das Taxblatt, das Leitbild und die Hausordnung zur Kenntnis genommen und erklärt sich mit den darin getroffenen Regelungen einverstanden.

Er/Sie bestätigt die Richtigkeit der gemachten Angaben und ermächtigt unsere Geschäftsleitung, sowie unsere Leitung Betreuung und Pflege, alle nötigen Auskünfte bei den betreuenden Ärzten, allenfalls bei den Amtsstellen, einzuholen. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Wir bitten Sie, uns umgehend zu informieren, falls Sie nicht mehr an einem Eintritt in unser Alterszentrum Churfürsten interessiert sind.

Ort/Datum

.....

Bewohner/in  
Vorname / Name

Vertreter/in  
Vorname / Name

.....  
(Unterschrift)

.....  
Unterschrift)

**Anmeldeformular bitte vollständig ausfüllen. Vielen Dank!**