

Anmeldeformular

Bitte das Formular vollständig ausfüllen

Eintritt

Demenzwohngruppe

Daueraufenthalt

Warteliste

Kurzaufenthalt

PERSONALIEN

Name:	.....	Vorname:	.....
PLZ/Ort:	.....	Strasse/Nr.:	.....
Geburtsdatum:	.....	Telefon Nr.:	.....
Zivilstand:	.....	Konfession:	.....
Heimatort:	.....	AHV-Nr.:	.....

Wohnsitzbescheinigung erforderlich, bitte beim Einwohneramt einholen und im Heim abgeben

Gegenwärtiger Aufenthaltsort:

ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN

1. Bezugsperson

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Natel:

Verwandtschaftsgrad:

2. Bezugsperson

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Natel:

Verwandtschaftsgrad:

3. Bezugsperson

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Natel:

Verwandtschaftsgrad:

4. Bezugsperson

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Natel:

Verwandtschaftsgrad:

HAUSARZT

Name: Vorname:
Strasse: PLZ/Ort:
Telefon Nr.: Fax Nr.:

Wollen Sie Ihren Hausarzt behalten? ja nein

KRANKENKASSE

Gesellschaft: Vers. Nr.:
PLZ/Ort:

FINANZIELLES

1. Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe
(Sie sind zugleich Korrespondenz- und Rechnungsempfänger)

2. Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson für Sie

Name:
Vorname:
Strasse/Nr.:
PLZ/Ort:
Telefon Nr.:
Natel:

(Diese Person ist Rechnungsempfänger)

Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung? ja nein

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen? ja nein

Haben Sie eine Patientenverfügung? ja nein

ANGABEN ZUM EINTRITT

Gewünschter Eintrittstermin:

Aufnahme in: 1er-Zimmer 2er-Zimmer

Wünschen Sie ein hausinternes Telefon/Handy? ja nein

Ort, Datum: Unterschrift (Antragsteller, Angehöriger):

Altstätten,