

Anmeldeformular

Bitte das Formular vollständig ausfüllen

- Eintritt Demenzwohngruppe Daueraufenthalt Warteliste
 Kurzaufenthalt

Personalien

Name: Vorname:
Strasse/Nr.: PLZ/Ort:
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/Nr.: 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,.....