

Anmeldeformular !Bitte das Formular **vollständig** ausfüllen !

ART DES AUFENTHALTS – ANGABEN ZUM EINTRITT

Daueraufenthalt Kurzaufenthalt Demenzwohngruppe

Gewünschter Eintrittstermin (Datum):.....

Aufnahme gewünscht in: 1er-Zimmer 2er-Zimmer

PERSONALIEN

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

Gegenwärtiger Aufenthaltsort:

ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN

1. Bezugsperson

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Natel:

Email:

Verwandtschaftsgrad:

2. Bezugsperson

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Natel:

Email:

Verwandtschaftsgrad:

HAUSARZT

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

Wollen Sie Ihren Hausarzt behalten? ja nein

IDENTITÄTSKARTE und KRANKENKASSENANGABEN

Gesellschaft: PLZ/Ort:.....

Versicherungsnummer:.....

+ WICHTIG: Krankenkassen Karten Nummer:

Gültigkeit (Datum) Krankenkassen Karte:

Kopie Identitätskarte und Kopie Krankenkassenkarte bitte dazulegen!

FINANZIELLES UND ADMINISTRATIVES

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:

Email:

(Diese Person ist Rechnungsempfänger)

Erhalten Sie eine Hilfenentschädigung? ja nein

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen? ja nein

*Haben Sie eine Patientenverfügung? ja nein

*Besteht ein Vorsorgeauftrag? ja nein

** bitte anliegendes Formular ergänzen und unterzeichnet zusammen mit diesem Anmeldeformular retournieren – danke*

ANGABEN NUTZUNG ANGEBOT IM HAUS

Wünschen Sie ein hausinternes Telefon/Handy?

ja (Kosten CHF 20.--/Mt.) nein

Möchten Sie ein Fernsehgerät vom Haus mieten?

ja (Kosten: Miete TV CHF 25.00/Mt. zzgl. TV-Anschlussgebühr CHF 15.00/Mt.)

bringe eigenen (Kosten: nur TV-Anschlussgebühr CHF 15.00/Mt.)

kein Bedarf

Gewünschte Angebote im Haus: → *siehe separates Formular, bitte auch ergänzen! – danke.*

Ort, Datum:

Unterschrift (Antragsteller, Angehöriger):

Altstätten,