Anmeldeformular Bewohnende

SATTELBOGEN
WOHNEN · PFLEGEN · BETREUEN

HAUS SATTELBOGEN	☐ Langzeit	☐ Kurzzeit	☐ Zwei-Bett-Zimmer	☐ Ein-Bett-Zimmer
HAUS STÄDELI	☐ Langzeit	☐ Kurzzeit	☐ Zwei-Bett-Zimmer	
HAUS BÜRGERHOF	☐ Langzeit	☐ Kurzzeit	☐ Zwei-Bett-Zimmer	☐ Ein-Bett-Zimmer

Name / Vorname (inkl. ledig Name bei Frauen)	
Strasse	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
Beruf	
Zivilstand	
Konfession	
AHV-Nummer	
Telefon / Mobile	
E-Mail	
Heimatort	
Letzter Wohnort (wo Schriften sind)	
Aus welchem Kanton beziehen Sie Ihre AHV Rente?	
Bezug von Ergänzungsleistung	☐ Ja ☐ Nein

Ich habe eine Patientenverfügung (Kopie liegt bei)	☐ Ja ☐ Nein	**Ich habe einen Vorsorgeauftrag** (Kopie liegt bei)	☐ Ja ☐ Nein

Ich habe ein EPD eröffnet	☐ Ja ☐ Nein
Sind Sie Mitglied bei einer Sterbehilfeorganisation?	☐ Ja ☐ Nein

Krankenkasse (bitte unbedingt alle Felder ausfüllen)	
Name Krankenkasse	
Versichertennummer	
KK-Kartennummer	
Karte gültig bis	

Hausarzt	
Name, Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	

Bezugsperson bei Fragen unsererseits bezüglich des Bewohnenden	
Name, Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Verwandtschaftsgrad	
Telefon / Mobile	
E-Mail	
Rechnungsempfänger	
Name, Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Verwandtschaftsgrad	
Telefon / Mobile	
E-Mail	
Erhalt Rechnung per Mail	☐ Ja ☐ Nein (Die Zustellung der Rechnungen per Post ist kostenpflichtig CHF 3.00)
Weitere Angehörige	
Name, Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Verwandtschaftsgrad	
Telefon / Mobile	
E-Mail	
Name, Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Verwandtschaftsgrad	
Telefon / Mobile	
E-Mail	

Informationen
Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Institutionsleitung, beim Arzt medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet den Arzt insofern von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht gegenüber der Institutionsleitung. Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt. Wir machen ausdrücklich darauf aufmerksam, dass wir mit der Entgegennahme dieser Anmeldung nicht die Aufnahme zusichern. Die betroffene Person bzw. die Angehörigen bescheinigen, dass die Angaben mit den amtlichen Ausweisen übereinstimmen. Damit wir die Anmeldung EDV-technisch korrekt erfassen können, sind wir auf bestimmte Daten unbedingt angewiesen. **Erforderliche Unterlagen (bei definitivem Heimeintritt)** • Wohnsitzbestätigung der letzten Wohngemeinde vor Heimeintritt • Ärztlicher Bericht (Spital, Hausarzt), sofern vorhanden **Wir bitten Sie, das Formular vollständig auszufüllen**

Ort/Datum:		**Unterschrift:**	