



Anmeldeformular

Persönliche Angaben

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Tel.-Nr.	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
AHV-Nr.	<input type="text"/>	Zivilstand	<input type="text"/>
Heimatort	<input type="text"/>	Heimatkanton	<input type="text"/>
Konfession	<input type="text"/>	Ehem. Beruf	<input type="text"/>

Pflege und Betreuung im Haus zum Nussbaum oder im Haus zur Platane

Einbettzimmer
 Zweibettzimmer
 Paarpflegeeinheit (2 ½ -Zimmer)

Ferien vom bis

Station für an Demenz Erkrankte

Eintrittsdringlichkeit

dringlich
(innert 20 Tagen)

vorsorglich
(Sie melden sich, wenn die Anmeldung dringlich wird)

Selbständiges Wohnen im Haus zur Linde

2-Zimmer-Wohnung (integrierte Küche)
 2 ½ -Zimmer-Wohnung (separate Küche)

Eintrittsdringlichkeit

dringlich
 vorsorglich
(Sie melden sich, wenn die Anmeldung dringlich wird)

In der EAM ist **freie Arztwahl** gewährleistet.

Name und Adresse Ihres jetzigen Hausarztes:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ich wünsche weiterhin meinen Hausarzt
 Ich wünsche Ihren Heimarzt

Beziehen Sie Spitexleistungen? ja nein

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? ja nein

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?
 keine
 leichte
 mittlere
 schwere

Angehörige oder gesetzliche Vertreter (bitte Mandatsform angeben)

An erster Stelle die Person angeben, die Sie als Ihre Vertrauensperson bestimmen möchten.

1. Verwandtschafts- oder Beziehungsgrad:

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Tel. Privat	<input type="text"/>	Tel. Geschäft	<input type="text"/>

2. Verwandtschafts- oder Beziehungsgrad:

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Tel. Privat	<input type="text"/>	Tel. Geschäft	<input type="text"/>

3. Verwandtschafts- oder Beziehungsgrad:

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Tel. Privat	<input type="text"/>	Tel. Geschäft	<input type="text"/>

Krankenkasse

Krankenkasse	<input type="text"/>	Policen-Nr.	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>

Wie sind Sie versichert? Allgemein Halbprivat Privat

Rechnungsstellung

Wünschen Sie, dass die Heimrechnung direkt über Ihre Bank, mittels Lastschriftverfahren (LSV) bezahlt wird?

ja nein

Name und Adresse des Rechnungsempfängers

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Bemerkungen

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>
--------------	----------------------	---------------------	----------------------