

Anmeldeformular **Dringlich** für „Pflege und Betreuung“

Evangelische
Alterssiedlung
Masans



Alle Angaben werden vertraulich behandelt!

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"/>	Heimatkanton	<input type="text"/>		
Heimatort	<input type="text"/>	Ehem. Beruf	<input type="text"/>		
Konfession	<input type="text"/>				
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> getrennt	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
Lebensform	<input type="checkbox"/> alleine Lebend	<input type="checkbox"/> Lebenspartner ausserhalb Heim lebend	<input type="checkbox"/> Lebenspartner im Heim lebend	<input type="checkbox"/> Lebenspartner in gleicher Wohneinheit	

Aktueller Wohnsitz seit:

Letzter Wohnsitz

Angaben zum Ehepartner

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		

Pflege und Betreuung gemäss Broschüre

Einbettzimmer Zweibettzimmer Station für an Demenz Erkrankte

Langzeitaufenthalt

Ferien vom bis

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

Name und Adresse Ihres behandelnden Hausarztes:

Beziehen Sie Spitexleistungen? ja nein

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? ja nein

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? keine leichte mittlere schwere

Angehörige, Vertrauensperson oder gesetzliche Vertreter (bitte Mandatsform angeben)
An erster Stelle die Person angeben, die Sie als Ihre Vertrauensperson bestimmen möchten.

1. Vertrauensperson (Person, die Ihre Anliegen am besten kennt und Sie im Notfall vertreten kann).

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. Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad oder Mandat

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. Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad oder Mandat

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"/>

Kommunikation

Sie haben Kenntnis von unserer Broschüre „Pflege und Betreuung“ (gilt als Bestandteil der Anmeldung).

Sollte sich Ihre Situation ändern, wie z.B. Eintritt in ein anderes Heim, bitten wir Sie uns zu kontaktieren.

Ihre „persönlichen Daten“ werden gemäss Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) bearbeitet. Erfolgt kein Eintritt werden sie gemäss DSG vernichtet.

Wünschen Sie weitere Informationen, dann wenden Sie sich bitte an unseren Sozialdienst.

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