

**vorsorglich**

Eintritt unbestimmt

**Kurzaufenthalt**

Datum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**dringend**

Eintritt innerhalb eines Monats geplant

## Personalien

Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	Heimatort:
Telefon:	Mobile:
E-Mail:	AHV-Nr.:
Krankenkasse:	Policen-Nr.:

## Hauptansprechperson

Wenn ein Zimmer verfügbar ist, kontaktieren Sie bitte

mich selbst.

folgende Person

Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Mobile:
E-Mail:	
Beziehungsart (z.B. Ehefrau, Beistand):	

## Hausärztin/-arzt

Bitte klären Sie ab, ob ihre/ihr Hausärztin/-arzt bereit ist, Sie vor Ort im Seniorenzentrum Aumatt weiterhin zu betreuen. Sollten Sie noch keine/n Hausärztin/-arzt haben empfehlen wir Ihnen, sich vor Eintritt eine/n Hausärztin/-arzt zu suchen.

## Bemerkungen zur unverbindlichen Anmeldung

Mit der Einsendung dieses Formulars erlaube ich dem Seniorenzentrum Aumatt mich auf die Warteliste zu setzen und die Kontaktperson bei einem verfügbaren Zimmer zu kontaktieren. Die Aufnahme erfolgt nach ihrem Pflege- und Betreuungsbedarf und anhand der freien Kapazitäten.

Bei **vorsorglicher** Anmeldung bitten wir Sie sich rechtzeitig zu melden, sollte ein Eintritt in nächster Zeit gewünscht werden.

Ausgefüllt durch: mich selbst oder \_\_\_\_\_ (Name / Vorname)  
Beziehungsart (z.B. Ehefrau, Beistand): \_\_\_\_\_

Ergänzende Angaben bei **zeitnaher** und **dringender** Anmeldung.

## Administrative Angaben

Zivilstand:	Konfession:
Momentaner Aufenthalt:	Zuhause    Spital    andere:
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	Ja    Nein    Antrag gestellt, Entscheid offen
Aktuelle Unterstützung zu Hause	Spitex für Pflege    Hauswirtschaft
	an mich    Kontaktperson 1
Korrespondenzadresse	Hauptansprechperson    Kontaktperson 2

## Kontaktperson 1

Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Mobile:
E-Mail:	
Beziehungsart (z.B. Ehefrau, Beistand):	

## Kontaktperson 2

Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Mobile:
E-Mail:	
Beziehungsart (z.B. Ehefrau, Beistand):	

## Hausärztin / Hausarzt

Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	E-Mail:

**Spezialärztin / Spezialarzt (z.B. Augenärztin/-arzt, Zahnärztin/-arzt)**

Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	E-Mail:
Fachgebiet:	

**Spezialärztin / Spezialarzt (z.B. Augenärztin/-arzt, Zahnärztin/-arzt)**

Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	E-Mail:
Fachgebiet:	

**Bemerkungen (freiwillig)**

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zum **Eintrittsgespräch** mit:

- Krankenkassenpolice
- Krankenkassenkarte
- Identitätskarte oder Reisepass
- letzte definitive Steuerveranlagung inkl. Detailblatt

wenn vorhanden:

- Patientenverfügung
- Vorsorgeauftrag
- Ernennungsurkunde Beistandschaft