

**vorsorglich**

Eintritt unbestimmt

**Kurzaufenthalt**

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

**dringend**

Eintritt zeitnah gewünscht

## 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