|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Langzeitaufenthalt | | | ab: |  | |
|  | Kurzzeitaufenthalt | von: |  | bis: |  | |
|  | Übergangslösung | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personalien** | | | | | | | | | | | |
| Name: | |  | | Vorname: | | | | |  | | |
| Strasse: | |  | | PLZ, Ort: | | | | |  | | |
| Telefon Nr.: | |  | | Mobil Nr.: | | | | |  | | |
| Geb. Datum: | |  | | AHV-Nr.: | | |  | | | | |
| Zivilstand: | | ledig | verheiratet | | | verwitwet | | | | geschieden | |
| Konfession: | |  | | | | | | | | | |
| Heimatort: | |  | | Staatsangehörigkeit: | | | | |  | | |
| Wohnhaft in der Gemeinde seit: | | | |  | | | | | | | |
| Wohnhaft im Kanton seit: | | | |  | | | | | | | |
| Beruf (vor der Pensionierung): | | | |  | | | | | | | |
| Stellung im Beruf: | | | |  | | | | | | | |
| **Hausarzt** | | | | | | | | | | |
| Name: |  | | | | Vorname: | | |  | | |
| Strasse: |  | | | | PLZ, Ort: | | |  | | |
| Telefon Nr.: |  | | | | Fax: | | |  | | |
| E-Mail: |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angehörige / Vertrauenspersonen / Gesetzliche Vertreter/innen:** | | | | |
| 1. Kontakt | | | männlich  weiblich | |
| Name: |  | | Vorname: |  |
| Strasse: |  | | PLZ, Ort: |  |
| Telefon Nr.: |  | | Mobil Nr.: |  |
| Telefon Nr. G.: |  | |  |  |
| E-Mail: |  | | | |
| Verwandtschaftsgrad / Funktion | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. Kontakt | | | männlich  weiblich | |
| Name: |  | | Vorname: |  |
| Strasse: |  | | PLZ, Ort: |  |
| Telefon Nr.: |  | | Mobil Nr.: |  |
| Telefon Nr. G.: |  | | | |
| E-Mail: |  | | | |
| Verwandtschaftsgrad/ Funktion | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. Kontakt | | | männlich  weiblich | |
| Name: |  | | Vorname: |  |
| Strasse: |  | | PLZ, Ort: |  |
| Telefon Nr.: |  | | Mobil Nr.: |  |
| Telefon Nr. G.: |  | | | |
| E-Mail: |  | | | |
| Verwandtschaftsgrad/ Funktion: | |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rechnung geht an: | 1. Kontakt | 2. Kontakt | 3. Kontakt |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Benachrichtigungen im Notfall** | | | |
| Notfall | Wer: | Tag: | Nacht: |
| Todesfall | Wer: | Tag: | Nacht: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Krankenkasse Hauptsitz** | | | | |
| Name: |  | | | |
| Strasse: |  | PLZ, Ort: | |  |
| Telefon Nr.: |  | | | |
| Vers. Nr.: |  | Karten Nr.: |  | |
| E-Mail: |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Erhalten Sie Ergänzungsleistungen zur AHV? | Ja  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Wünschen Sie eine Finanzierungsberatung? | Ja  Nein\* |
| \*Bitte vereinbaren Sie einen Termin mit der Bewohneradministration | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bank- oder Postverbindung (für evtl. Rückzahlungen)** | | | |
| Name der Bank: |  | | |
| Kontoinhaber: |  | | |
| Kontonummer: |  | IBAN Nr.: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Folgende Unterlagen sind beizulegen:** | | |
| Ärztliches Zeugnis (vom Spital oder Hausarzt) |  | In jedem Fall |
| Kopie der Krankenkassenkarte Vorder- und Rückseite |  | In jedem Fall |
| Kopie ID-Karte Vorder- und Rückseite |  | In jedem Fall, wenn vorhanden |
| Ernennungsurkunde KESB |  | In jedem Fall, wenn vorhanden |
| Patientenverfügung |  | In jedem Fall, wenn vorhanden |
| Vorsorgeauftrag |  | In jedem Fall, wenn vorhanden |
| Wohnsitzbestätigung |  | Nur bei Langzeitaufenthalt |
| Finanzunterlagen (Steuerauszug, Prämienrechnung KK, Kontoauszüge) |  | Nur bei Langzeitaufenthalt |

|  |  |
| --- | --- |
| Mit Ihren Unterschriften bestätigen die Unterzeichnenden, von der mit verbindlichen Anmeldung einhergehenden Verpflichtung Kenntnis genommen zu haben, für sämtliche Kosten gemäss Tarifliste, Vertrag und Reglement zu haften, auch wenn der Aufenthalt nicht angetreten oder vorzeitig ohne Einhaltung der Kündigungsfrist oder der angemeldeten Aufenthaltsdauer abgebrochen wird.  Wir danken Ihnen für die Rücksendung des vollständig ausgefüllten Formulars und sichern Ihnen eine vertrauliche Behandlung Ihrer Angaben gemäss Datenschutzrichtlinien zu. | |
| Ort und Datum: | Unterschrift  Bewerber/in:  Unterschrift  Angehörige/r: |