

Bewohneranmeldung

- **Kurzaufenthalt**
- **Langzeitaufenthalt**
- **Tagesaufenthalt**

**Wir können nur vollständig und korrekt ausgefüllte
Anmeldungen bearbeiten. Vielen Dank.**

Personalien

(Bitte Kopie: Niederlassungsbewilligung bei Eintritt mitbringen)

Familienname	Bei weiblichen Personen auch Familienname als ledig	
	Name:	Mädchenname:
Vorname	Alle Vornamen, Rufnamen unterstreichen	
	Vorname:	
Geburtsdatum/-Ort	Tag, Monat, Jahr und Geburtsort	
	Datum:	Ort:
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet
	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden
Konfession	Glaubenszugehörigkeit	
	<input type="checkbox"/> reformiert	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> andere welche:
Adresse	Jetzige Wohnadresse	
	Strasse, Nr.: PLZ/Ort:	Tel.-Nr.:
Wohnsitz	Politische Gemeinde und Kanton	
	PLZ/Ort:	
Heimatort	Staatsangehörigkeit bei ausländischen Staatsbürgern (Land)	
	PLZ/Ort:	
Ehegatte	Bei weiblichen Personen auch Familienname als ledig	
	Name: Vorname:	lediger Name:
Vater	Name:	Vorname:
Mutter	Name:	Vorname:
Behörde	Besteht eine offizielle Beistandschaft? (Bitte Kopie der Ernennungsurkunde beilegen)	
	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Begleitbeistandschaft	<input type="checkbox"/> Vertretungsbeistandschaft <input type="checkbox"/> Umfassende Beistandschaft
Vorsorgeauftrag	Sitz der Behörde, Name, Vorname und Anschrift der offizielle ernannten Person:	
	Behörde: Name: Strasse: Tel. G.: Mobil:	Sitz: Vorname: PLZ/Ort: Tel. P.: E-Mail:
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Administratives und Versicherungen

(Bitte Anschriften und Telefonnummer vollständig angeben)

Rechnungsanschrift Zahlstelle	Anschrift: Name: Strasse: Tel. G.: Mobil: E-Mail:	Vorname: PLZ/Ort: Tel. P.:
Hausarzt	Anschrift: Name: Strasse: Tel. G.: E-Mail:	Vorname: PLZ/Ort: Mobil:
Krankenkasse	Krankenversicherungs-Police (Kopie) und Krankenkassenkarte (Kopie), beilegen	
	Name: Mitglieder-Nr.:	Karten-Nr.:
AHV/IV	Beleg der letzten Rentenauszahlung beilegen	
	Zuständige Auszahlungsstelle: Versicherten-Nr.:	
Hilflosen- Entschädigung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja HL-Grad:

Angehörige / Bezugspersonen

(Angehörigkeit: Mutter, Vater, Ehefrau/ mann, Tochter, Sohn, Verwandte, Beistand etc.)

Angehörigkeit _____	Name: Strasse: Tel. P.: Mobil:	Vorname: PLZ/Ort: Tel. G.: E-Mail:
Angehörigkeit _____	Name: Strasse: Tel. P.: Mobil:	Vorname: PLZ/Ort: Tel. G.: E-Mail:
Angehörigkeit _____	Name: Strasse: Tel. P.: Mobil:	Vorname: PLZ/Ort: Tel. G.: E-Mail:
Angehörigkeit _____	Name: Strasse: Tel. P.: Mobil:	Vorname: PLZ/Ort: Tel. G.: E-Mail:
Angehörigkeit _____	Name: Strasse: Tel. P.: Mobil:	Vorname: PLZ/Ort: Tel. G.: E-Mail:



Bestätigung der Angaben und Vollmacht

- Die angemeldete Person ist über einen Heimeintritt orientiert.
- Die Unterzeichnenden bestätigen die Richtigkeit der Angaben auf allen Formularen und entbinden die Ausgleichskasse ausdrücklich von der Schweigepflicht gegenüber dem Wohn- und Pflegeheim Frienisberg über Renten der Sozialversicherung, der Hilflosenentschädigung, der Ergänzungsleistungen, etc..
- Gültige IV-Rentenverfügungen, sind der Institution zu melden.
- Die Verantwortlichen Personen des Wohn-und Pflegeheim Frienisberg und der Heimarzt, werden ausdrücklich ermächtigt, die zur Erfüllung ihres Auftrages notwendigen Unterlagen (Berichte, Arztzeugnisse, Gutachten usw.) bei den zuständigen Stellen zur Einsichtnahme anzufordern und einzusehen. Die erhaltenen Angaben werden vertraulich behandelt und unterstehen dem Gesetz über den Datenschutz.

Zwingend dem Aufnahmeformular beizulegen sind

- Formular "Arztzeugnis" (vom Hausarzt vollständig ausgefüllt)
- Kopie Krankenkassenkarte
- Kopie der gültigen Krankenversicherungs-Police
- Kopie der letzten AHV/IV-Auszahlung (Post- oder Bankauszahlungsbeleg)
- Kopie der Ernennungsurkunde bei Beistandschaft
- Gültige Kostengutsprache bei ausserkantonalen Anmeldungen, Bewohner ohne IV Rente und Bewohner mit FU Massnahmen

Am Eintrittstag sind folgende Unterlagen mitzubringen

- Krankenkassenkarte (Original)
- Kopie der Niederlassungsbewilligung
- Impfausweis
- Kopie Vorsorgeauftrag (wenn vorhanden)
- Kopie Patientenverfügung (wenn vorhanden)

Zusätzliche Angaben bei Eintritt erwünscht

- Zahnarztes des Klienten:
letzter Termin:
- Offene Termine (Untersuchungen, Konsilien etc.):

Mit der Anmeldung und den Aufnahmebedingungen erklären sich einverstanden:

Ort und Datum: _____

Die angemeldete Person (Unterschrift): _____

Gesetzl. Vertreter / Zahlstelle (Unterschrift): _____