



# Anmeldung

Eintritt per \_\_\_\_\_  vorsorgliche Anmeldung

## Ihr neues Zuhause

Welches Betagtenzentrum bevorzugen Sie?  Alp  Emmenfeld  beide möglich  
Für Ehepaare benötigen wir getrennte Anmeldeformulare!

## Personalien

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Heimatort \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_

AHV-Nr. 756. \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Adresse / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Falls wohnhaft in Emmen: seit \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

## Krankenkasse (Grundversicherung)

Name Krankenkasse \_\_\_\_\_

Mitglieder Nr. \_\_\_\_\_

Kartennummer \_\_\_\_\_ Gültig bis \_\_\_\_\_

## Arzt

Hausarzt \_\_\_\_\_ Tel. Nr. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Fax Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## Wer verwaltet Ihre Finanzen?

Ich verwalte meine Finanzen selbst  Meine Finanzen werden verwaltet durch:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Beziehen Sie eine Ergänzungsleistung zur AHV?	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nein
Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nein
Vorsorgeauftrag vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nein
Patientenverfügung vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nein
Elektronisches Patientendossier?	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nein

\*bitte Kopien beilegen

## Adressen der Bezugsperson und Angehörigen

### 1. Bezugsperson

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

### 2. Bezugsperson

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns mit, ob wir direkt mit Ihnen oder mit einer Ihrer angegebenen Bezugspersonen nach Erhalt der Anmeldung Kontakt aufnehmen dürfen:

direkt mit mir                       mit 1. Bezugsperson                       mit 2. Bezugsperson

bitte nehmen Sie für das weitere Vorgehen mit folgender Person (Name, Adresse, Tel.-Nr.) Kontakt auf:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

## Allergien

Haben Sie Allergien?    ja    nein

Falls Allergien vorhanden: welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte legen Sie dieser Anmeldung die **Kopie Ihrer Krankenkassenkarte** (Versichertenkarte, Vorder- & Rückseite) sowie Ihres Einkommensnachweises (AHV, Pensionskasse) bei.

Vor Ihrem Einzug wird der Bewohnervertrag erstellt und eine Hinterlegung erhoben.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Wir erlauben uns, Sie über Neuigkeiten und Veranstaltungen, die für Sie interessant sein könnten, in unregelmässigen Zeitabständen zu informieren.