

ANMELDUNG

Alters- und Pflegeheim Schärme

Eintritt von:

- Zuhause/Privat
 Krankenhaus
 Andere Institution

Wird durch Pflegeheim ausgefüllt

Entlastungsaufenthalt von _____ bis _____

Definitiver Heimeintritt ab _____ Reservation ab _____

Zimmer Nr.: _____ Stock: _____

Personalien

Geschlecht: männlich weiblich

Name (und lediger Name): _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Nationalität: CH _____

Sprache: Deutsch _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

(Angemeldeter Wohnsitz)

Heimatort: _____

Geburtsort: _____

Beruf vor Pensionierung: _____

Konfession: _____

Zivilstand:

- Ledig
 Verheiratet
 Verwitwet
 Geschieden

Gewünschter Telefonanschluss

- Kein Anschluss/ Nur über Sekretariat
 Anschluss von Schärme
 Schweiz Europa weltweit
 Eigene/ private Telefonnummer mitnehmen
 Telefonapparat von Schärme gewünscht

| |
|--|
| Ärzte und Gesundheit: |
| AHV-Nummer: |
| AHV Ausgleichskasse (Bei Ergänzungsleistungen): |
| Krankenkasse (mit Adresse): |
| Krankenkassen-(Versicherten-) Nummer: |
| (Meist auf Krankenkassenpolice ersichtlich) |
| Hausarzt: |
| (Vorname, Name und Adresse) (Unser Heimarzt ist Dr. Fenner aus Melchnau) |
| HMO: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Andere wichtige Fachärzte |
| (Augenarzt, Zahnarzt, Gynäkologe, Dermatologe etc.): |

Umfeld

Gesetzliche Vertretung: keine Beistand Beirat Treuhänder

| | |
|----------------------------|--------|
| Vorname, Name und Adresse: | |
| Tel. | E-Mail |

1. Angehörige/ Bezugsperson

2. Angehörige/Bezugsperson

| | |
|----------------------|----------------------|
| Name: | Name: |
| Vorname: | Vorname: |
| Strasse: | Strasse: |
| PLZ, Ort: | PLZ, Ort: |
| Tel. Privat: | Tel. Privat: |
| Natel: | Natel: |
| E-Mail: | E-Mail: |
| Verwandtschaftsgrad: | Verwandtschaftsgrad: |

3. Angehörige/ Bezugsperson

4. Angehörige/Bezugsperson

| | |
|----------------------|----------------------|
| Name: | Name: |
| Vorname: | Vorname: |
| Strasse: | Strasse: |
| PLZ, Ort: | PLZ, Ort: |
| Tel. Privat: | Tel. Privat: |
| Natel: | Natel: |
| E-Mail: | E-Mail: |
| Verwandtschaftsgrad: | Verwandtschaftsgrad: |

Rechnungswesen

Wichtig

Eine **Vorauszahlung** ist vor dem effektiven Eintritt zu leisten. Unsere Verwaltung gibt Ihnen gerne Auskunft und einen entsprechenden Einzahlungsschein.

Zustellung der Rechnung: Bewohner/in 1. Angehörige 2. Angehörige
 3. Angehörige 4. Angehörige 5. Gesetzl. Vertretung

(Für Rückerstattung)

| | |
|------------------------|--|
| Bank/ Postverbindung | IBAN-Nr. |
| Ergänzungsleistungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Antrag gestellt/Datum: |
| Hilflosenentschädigung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Antrag gestellt/Datum |
| | <input type="checkbox"/> 1/3 Gilt für Heimaufenthalt nicht |
| | <input type="checkbox"/> 2/3 |
| | <input type="checkbox"/> 3/3 |

Postzustellung

(Auch bei einem Entlastungsaufenthalt vollständig ausfüllen)

- Alles an Bewohner/in
- Alles an 1. 2. 3. 4. Angehörige senden
-
- Postkarten, abonnierte Hefte & Zeitungen an Bewohner, Rest wird monatlich mit der Heimrechnung an den Rechnungsempfänger versendet.

Achtung

Wir bitten Sie folgende Unterlagen spätestens beim Eintritt mitzubringen:

- Kopie aktueller Krankenkassenpolice
- Familienbüchlein / Kopie
- Patientenverfügung und/oder Vorsorgeauftrag (wenn vorhanden)

Ich bestätige, die Anmeldung vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Ort / Datum

Unterschrift Bewohner/in oder Rechtsvertretung:
