

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:
