

Wird durch das Alterszentrum Spycher ausgefüllt.

Eintritt Zimmer-/Whg.-Nr.

---

Telefon

---

## ANMELDEFORMULAR

**Daueraufenthalt** Gewünschtes Eintrittsdatum

---

oder

**Kurzaufenthalt** von bis

---

### Personalien

Familienname Lediger Name

---

Vorname/n Beruf

---

Geburtsdatum Konfession

---

Zivilstand AHV-Nummer

---

Heimatort Geburtsort

---

### Zivilrechtlicher Wohnsitz

Strasse/Nr. Telefon

---

PLZ/Ort Natel

---

E-Mail

---

### Gegenwärtiger Aufenthaltsort (Klinik, Spital, Kurhaus, REHA-Klinik, anderes Heim, Angehörige usw.)

Aufenthaltsort Telefon

---

Strasse/Nr. Natel

---

PLZ/Ort E-Mail

---

### 1. Ansprechperson (Bitte Verwandtschaftsgrad ausfüllen, z. B. Sohn/Tochter/Enkel/Bekannte usw.)

Verwandtschaftsgrad/Art der Beziehung

---

Familienname Telefon Privat

---

Vorname Telefon Geschäft

---

Strasse/Nr. Natel

---

PLZ/Ort E-Mail

---

## Vertretung / Beistand (Bitte Verwandtschaftsgrad ausfüllen, z. B. Sohn/Tochter/Enkel/Bekannte usw.)

**Vertretende Person gemäss Vorsorgeauftrag**

**Beistand**

Verwandtschaftsgrad/Art der Beziehung

Familienname

Telefon Privat

Vorname

Telefon Geschäft

Strasse/Nr.

Natel

PLZ/Ort

E-Mail

## Weitere Angehörige (Bitte Verwandtschaftsgrad ausfüllen, z. B. Sohn/Tochter/Enkel/Bekannte usw.)

Verwandtschaftsgrad/Art der Beziehung

Familienname

Telefon Privat

Vorname

Telefon Geschäft

Strasse/Nr.

Natel

PLZ/Ort

E-Mail

Verwandtschaftsgrad/Art der Beziehung

Familienname

Telefon Privat

Vorname

Telefon Geschäft

Strasse/Nr.

Natel

PLZ/Ort

E-Mail

Verwandtschaftsgrad/Art der Beziehung

Familienname

Telefon Privat

Vorname

Telefon Geschäft

Strasse/Nr.

Natel

PLZ/Ort

E-Mail

## Ärzte

### Hausarzt

Praxis

Name/Vorname

Strasse/Nr.

Telefon Praxis

PLZ/Ort

E-Mail

## Versicherungen

### Krankenkasse

Gesellschaft  Versicherten-Nr.

Strasse/Nr.  Telefon

PLZ/Ort

**Privatversicherung**     **Halbprivatversicherung**     **Allgemeine Versicherung**

### Unfallversicherung nach Invalidenversicherungsgesetz (IVG)

Gesellschaft  Versicherten-Nr.

Strasse/Nr.  Telefon

PLZ/Ort

### Haftpflichtversicherung

Gesellschaft  Police-Nr.

## Rechnungsempfänger

Geht die Rechnung an den/die Bewohner/Bewohnerin?  **Ja**     **Nein**

Wenn nicht Selbstzahler, geht die Rechnung an folgende Person  **1. Ansprechperson**     **Vertretung**     **Beistand**

## Dokumente

Vorsorgeauftrag  **Ja**     **Nein**    Patientenverfügung  **Ja**     **Nein**  
(Wenn ja, Kopie beilegen)    (Wenn ja, Kopie beilegen)

Beistandschaft  **Ja**     **Nein**    Krankenkasse  **Ja**     **Nein**  
(Wenn ja, Kopie beilegen)    (Kopie Leistungsausweis beilegen)

EL-Verfügung vorhanden  **Ja**     **Nein**    Bezüger HE  **Ja**     **Nein**  
(Wenn ja, Kopie beilegen)    (Hilflosenentschädigung)

EL-Antrag gestellt  **Ja**     **Nein**    Bezüger IV  **Ja**     **Nein**  
(Wenn ja, Kopie beilegen)    (Invalidenversicherung)

## Administrative Angaben

Benötigen Sie Informationen oder Hilfe für eine allfällige Geltendmachung von Ergänzungsleistungen oder a.o. Leistungen?  **Ja**     **Nein**

Sind Sie einverstanden, dass Ihr Name und Fotos für Pressemitteilungen oder unsere Website verwendet werden?  **Ja**     **Nein**

Allgemeine Bemerkungen

Ort und Datum     Unterschrift Gesuchsteller oder gesetzlicher Vertreter