

## Anmeldung für Bewohnende

### Wird durch AZS ausgefüllt:

Eintrittsdatum	Zimmernummer
----------------	--------------

### Wird durch Interessenten ausgefüllt:

#### Gewünschte Wohnform

<input type="checkbox"/> Daueraufenthalt	<input type="checkbox"/> Zimmerreservation (kostenpflichtig) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Ferienbett	<input type="checkbox"/> Reservation ab: .....
<input type="checkbox"/> Dauer: .....	<input type="checkbox"/> Telefonanschluss aktivieren <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

#### Gewünschtes Eintrittsdatum

<input type="checkbox"/> Sofort, beziehungsweise baldmöglichst	<input type="checkbox"/> Eintritt frühestens ab:
----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

#### Personalien (ID oder Ausweiskopie beilegen)

Name	Vorname
Geburtsdatum	AHV-Nummer
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort
Zivilstand	Konfession
Telefonnummer	E-Mail
Wohnsitz in der Gemeinde seit	Beruf
Schriftenort	Heimatort
Gegenwärtiger Aufenthaltsort <input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> zu Hause	Spitex vor Eintritt beansprucht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bei ausserkantonalen Bewohnenden wird eine Kostengutsprache durch das Alterszentrum Spycher eingeholt. Ungedeckte Restfinanzierungskosten können zu Lasten des Bewohnenden verrechnet werden.

#### Krankenversicherung (Bitte beidseitige Kopie der Karten beilegen)

Krankenkasse	Vers.-Nr.
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort
Sektion/ Tel. Nr.	Karten Nummer

#### Hausarzt/ Hausärztin

Name/ Vorname	Tel. Nr. Praxis
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort
E-Mail	Auch nach Eintritt beibehalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

#### Augenarzt / Augenärztin

Name/ Vorname	Tel. Nr. Praxis
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort
E-Mail	Auch nach Eintritt beibehalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Gynäkologie / Urologie

Name/ Vorname	Tel. Nr. Praxis
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort
E-Mail	Auch nach Eintritt beibehalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Zahnarzt / Zahnärztin

Name/ Vorname	Tel. Nr. Praxis
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort
E-Mail	Auch nach Eintritt beibehalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Andere

Name/ Vorname	Tel. Nr. Praxis
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort
E-Mail	Auch nach Eintritt beibehalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Rechnungsempfänger/ Rechnungsempfängerin

Verwandtschaftsgrad	Beistandschaft <input type="checkbox"/> ja
Name	Vorname
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort
Telefon Geschäft	Mobiltelefon
Telefon privat	E-Mail

### Nächste Angehörige

#### 1. Ansprechperson/ Vertrauensperson

Verwandtschaftsgrad	
Name	Vorname
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort
Telefon Geschäft	Mobiltelefon
Telefon privat	E-Mail

#### 2. Ansprechperson

Verwandtschaftsgrad	
Name	Vorname
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort
Telefon Geschäft	Mobiltelefon
Telefon privat	E-Mail

#### 3. Ansprechperson

Verwandtschaftsgrad	
Name	Vorname

Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort
Telefon Geschäft	Mobiltelefon
Telefon privat	E-Mail

**Vertretung / Beistand** (bitte Kopie der Ernennungsurkunde oder Vollmacht beilegen)

Verwandtschaftsgrad	
Name	Vorname
Strasse/ Nr.	PLZ/ Ort
Telefon Geschäft	Mobiltelefon
Telefon privat	E-Mail

**Haftpflicht-Versicherung**

Gesellschaft	Policen-Nr.
--------------	-------------

**Allgemeines** (bitte Kopien beilegen)

Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Impfdokumente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Möchten Sie einen Hausschlüssel / Batch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Taschengeld** (Bewohnende können Taschengeld über den Empfang beziehen)

Taschengeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Auszahlungsmaximum im Monat / Woche	CHF	.....
Taschengeld wird von Angehörigen gebracht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Taschengeld wird durch Administration auf Rechnung verrechnet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Unterschrift**

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner/ Bewohnerin oder  
Vertretung