

## Anmeldung Schlossgarten

Neueintritt  dringlich  
 vorsorglich ab \_\_\_\_\_

### Zimmerwunsch

Einzelzimmer mit Dusche und Balkon  Doppelzimmer mit Dusche und Balkon  
 Einzelzimmer ohne Dusche

Familienname \_\_\_\_\_ lediger Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ AHV-Nummer \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### Gegenwärtiger Wohnadresse

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

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

### Krankenkasse

Gesellschaft \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**Hausarzt**

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Praxis \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

**Angaben zur Rechnungsstellung**

Selbstzahler   
Andere Rechnungsadresse   
(bitte nachfolgend Adresse ausfüllen)

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Privat \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen?  Ja  Nein  
 mittel CHF 696.-  
 schwer CHF 928.-

Erhalten Sie Hilflosenentschädigung? Ja  Nein

Haben Sie eine Patientenverfügung?  
(wenn ja, beim Eintritt mitbringen) Ja  Nein

Sachwalter vorhanden ? Ja  Nein

## Meine nächsten Angehörigen

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

### 1. Ansprechperson

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Privat \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### Weitere Angehörige

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Privat \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Privat \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Für die Aufnahme auf die Warteliste erklärt sich der Antragsteller ausdrücklich damit einverstanden, dass die Geschäftsleitung Auskünfte betreffend seinem allgemeinen Gesundheitszustand und der vorhandenen Pflegebedürftigkeit bei Ärzten und allenfalls Spitex einholen darf.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in oder Stellvertreter/in