

Anmeldeformular

(Sämtliche Personendaten werden vertraulich behandelt)

Personalien

Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon	Mobile
Wohnsitzgemeinde	Zivilstand
Heimatort	Geburtsort
Geburtsdatum	AHV-Nr.
Adresse Krankenkasse (Grundvers.)	Versicherten-Nr. ⇒ bitte Kopie Vers-Police+Karte beilegen
Versichertenkarten-Nr.	Karte gültig bis
Konfession	<input type="checkbox"/> Elektronisches Patientendossier (EPD) vorhanden und <input type="checkbox"/> Zugriffsrechte für Siloah sind erteilt

Vertretungen und Verfügungen

Besteht eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja ⇒ bitte Kopie beilegen
Besteht ein Vorsorgeauftrag?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja ⇒ bitte Kopie beilegen
Besteht eine Beistandschaft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja ⇒ bitte Kopie Ernennungsurkunde beilegen

Hausarzt

Name	Vorname
Telefon Geschäft	E-Mail
Wechsel zur Heimarztpraxis BESAS (während des Aufenthaltes)	<input type="checkbox"/> erwünscht <input type="checkbox"/> nicht erwünscht

Adressen der nächsten Angehörigen

1. Ansprechperson	Verwandtschaftsgrad/Beziehung
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon P	Telefon G
Mobile	E-Mail

2. Ansprechperson	Verwandtschaftsgrad/Beziehung
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon P	Telefon G
Mobile	E-Mail

Korrespondenzadresse

Verwandtschaftsgrad/Beziehung	
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon P	Telefon G
Mobile	E-Mail

Rechnungsadresse

analog Korrespondenzadresse

Verwandtschaftsgrad/Beziehung	
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon P	Telefon G
Mobile	E-Mail

Kommunikationspaket

Anmeldung fürs Kommunikationspaket / TV-Gerät; Bei sämtlichen Feldern ist entweder ja oder nein anzukreuzen.
Preise gemäss Preisliste.

Kommunikationspaket	ja	nein
WLAN		
Telefonanschluss		
Radioanschluss		
TV-Anschluss		

TV-Gerät	ja	nein
Gerätemiete		

Finanzielle Verhältnisse

• Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇔ bitte Verfügung beilegen <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> müssen beantragt werden
• Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer
• Kopie der letzten Steuererklärung oder Veranlagungsverfügung beilegen	

Bankverbindung für Rückzahlungen (z.B. Rückerstattung Vorauszahlung)

IBAN-Nummer
Lautend auf

Eintrittstermin sobald als möglich Anmeldung vorsorglich

Weitere Informationen, Bemerkungen

Wichtige Hinweise

- Es gilt die aktuelle Preisliste Heimbereich
- Die Anmeldung ist verbindlich
- Die Mindestaufenthaltsdauer beträgt 14 Tage
- Bei Nicht-Eintreten oder verspätetem Eintritt (ausser aus medizinischen Gründen) wird der Pensionspreis nach Ermessen geschuldet.
- Bei einem Daueraufenthalt wird eine unverzinsliche Vorauszahlung in der Höhe von CHF 5'000 in Rechnung gestellt (Details s. Preisliste).

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner:in bzw. gesetzliche Vertretung

Vorname und Name Bewohner:in (in Blockschrift)

oder

Vorname und Name gesetzliche Vertretung (in Blockschrift)
