

## Anmeldung

 Haus «Berg»

 Haus «Mürtschen»

Personalien	
Familienname:	Lediger Name:
Vorname:	Geburtsdatum:
Zivilstand:	Konfession:
AHV Nr.:	Heimatort:
Angemeldet in:	seit:
Nationalität:	Bewilligung:

Vorgesehener / gewünschter Eintritt: _____	
<input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt	von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt (mind. 14 Tage)	<input type="checkbox"/> Daueraufenthalt

Wohnsitzadresse (vor dem Eintritt)		
Adresse:		
Telefon Nr.:	Handy Nr.:	E-Mail-Adresse:

Aktueller Aufenthaltsort	
Aufenthaltsort/Institution:	
Adresse:	

Hausarzt	
Name:	Adresse:
Hausarzt kommt ins Haus	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn <b>nein</b> , wären Sie bereit den Hausarzt zu wechseln?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Krankenversicherer	
Name, Adresse Krankenkasse:	Versicherten Nr.:
Unfallversicherung:	

Haben Sie eine <b>Patientenverfügung</b> ?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<i>(Wenn ja, bitte Kopie an uns.)</i>
Haben Sie einen <b>Vorsorgeauftrag</b> erteilt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<i>(Wenn ja, bitte Kopie an uns.)</i>
Sind Sie <b>Mitglied einer Sterbeorganisation</b> ?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, bei welcher?			

<b>Pensionskosten / Leistungsbezüge</b>	
Ich komme für die Pensionskosten selbst auf ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Wenn nein, wer leistet die Kostengutsprache?	
Ich beziehe bereits	
<input type="checkbox"/> Invalidenrente	<input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung
	<input type="checkbox"/> muss beantragt werden
	<input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen
	<input type="checkbox"/> muss beantragt werden
Rechnungsstellung an:	

<b>Angehörige</b>	
<b>Primärbezugsperson</b> (alle Korrespondenz (ausser Monatsrechnung), Informationen und Benachrichtigungen im Notfall gehen von unserer Seite an diese Person.)	
<input type="checkbox"/> Ehepartner	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn
<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder	<input type="checkbox"/> Lebenspartner/in
<input type="checkbox"/> Sonstige	
Name/Adresse:	
Tel. Nr./Handy:	E-Mail-Adresse:
<b>Weitere Angehörige / Bezugsperson</b>	
<input type="checkbox"/> Ehepartner	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn
<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder	<input type="checkbox"/> Lebenspartner/in
<input type="checkbox"/> Sonstige	
Name/Adresse:	
Tel. Nr./Handy:	E-Mail-Adresse:

<b>Gesetzlicher Vertreter</b> (Beistand) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Name/Adresse:	

Bemerkungen:
--------------

Mit der Anmeldung nehme ich zur Kenntnis / bin ich einverstanden,

- dass die zum Zeitpunkt des Eintritts aktuelle Tarifordnung Gültigkeit hat.
- dass grundsätzlich keine freie Zimmerwahl besteht. (Natürlich nehmen wir soweit möglich Rücksicht auf Wünsche.)
- dass ein Zimmerwechsel aus pflegerischen oder organisatorischen Gründen möglich ist.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Für die definitive Anmeldung benötigen wir vor dem Eintritt folgende Unterlagen:

- Kopie Krankenkassenkarte
- Arztbericht und Medikamentenliste
- Physioverordnung und/oder andere Therapieverordnungen
- Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung (wenn vorhanden)
- Kostengutsprache, falls die Pensionskosten nicht selbst getragen werden können