

## Anmeldeformular

Wir benötigen untenstehende Informationen von Ihnen, damit wir Ihren Eintritt ins Alterszentrum Mühlefeld bestmöglich vorbereiten können.

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden Sie es an Rahel Müller, Leiterin Pflege und Betreuung. Sie können es per Post oder per E-Mail senden: rahel.mueller@azmuehlefeld.ch

Bei Fragen und/oder Unklarheiten rufen Sie uns doch an. Wir helfen Ihnen gerne beim Ausfüllen des Formulars.

### 1. Informationen zum Aufenthalt

Gewünschtes Eintrittsdatum:  
(Ihr Wunschdatum wird nach Möglichkeit berücksichtigt.)

Art des Aufenthaltes: definitiver Aufenthalt  
temporärer Aufenthalt

Aufenthaltsdauer:  
(Bei temporärem Aufenthalt)

### 2. Personalien Bewohner

Name, Vorname:

Aktuelle Wohnadresse:

Telefonnummer:

E-Mail:  
(Falls vorhanden)

Heimatort inkl. PLZ:

Geburtsdatum:

Konfession:

Zivilstand:

Sozialversicherungs-Nr.:

### 3. Finanzen und Rechtsdelegation

Bankverbindung (IBAN) Bewohner:

Name, Vorname Rechnungsempfänger:

- Adresse:
- Tel. / E-Mail:

Rechtsdelegation:  
(Kopie Ernennungsurkunde beilegen)

Eigenverantwortung  
Vertretungsberechtigte Person  
Beistandschaft

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?  
(Verfügung beilegen)

Nein  
Ja  
beantragt

Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung?  
(Verfügung beilegen)

Nein  
Ja, für leichte Hilflosigkeit  
Ja, für mittelschwere Hilflosigkeit  
Ja, für schwere Hilflosigkeit

#### 4. Krankenkasse und Hausarzt

Name Krankenkasse:  
(Kopie der Krankenkassenkarte beilegen)

- Kundennummer:
- Kartenummer:
- Ablaufdatum:
- Versicherungsart:                      allgemein              halbprivat              privat

Name Zusatzversicherung:  
(Kopie der Krankenkassenkarte beilegen)

Name Hausarzt:

- Adresse:
- Tel. / E-Mail:

#### 5. Diverses

Haben Sie ein elektronisches

Patientendossier (EPD) eröffnet?                      Ja              Nein

Bringen Sie persönliche Hilfsmittel mit?                      Ja              Nein

Wenn ja, welche?

#### 6. Ansprechpersonen / Angehörige

Name, Vorname des Beistandes:  
(Falls Beistandschaft besteht)

- Adresse:
- Tel. / E-Mail:

Name, Vorname der 1. Ansprechperson:

- Adresse:
- Tel. / E-Mail:
- Beziehung:

Name, Vorname:

- Adresse:
- Tel. / E-Mail:
- Beziehung:

Name, Vorname:

- Adresse:
- Tel. / E-Mail:
- Beziehung:

Name, Vorname:

- Adresse:
- Tel. / E-Mail:
- Beziehung:

Name, Vorname:

- Adresse:
- Tel. / E-Mail:
- Beziehung:

Datum der Einreichung des Formulars: