

Anmeldeformular

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

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und schicken Sie es an Rahel Müller, Stv. Leiterin Pflege und Betreuung. Sie können uns das Dokument per Mail an rahel.mueller@azmuehlefeld.ch oder per Post zustellen.

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 mittelschwereHilflosigkeit
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

Sind Sie gegen Covid-19 geimpft?

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: