

ANMELDEFORMULAR

Langzeitaufenthalt _____

Kurzaufenthalt _____

Kurzaufenthalt mit Standortgespräch _____

Die Anmeldung ist: dringend vorsorglich

Personalien

Name	_____	Iediger Name	_____
Vorname	_____	Adresse	_____
PLZ/Ort	_____	Gemeinde, wo Schriften sind	_____
Zivilstand	_____	Geburtsdatum	_____
Heimatort	_____	Konfession	_____
Krankenkasse	_____	KK-Nr.	_____
AHV-Nr.	_____	Natel-/Tel-Nr.	_____

Vertretung in Vermögenssorge (zuständig für finanzielle Angelegenheiten, Rechnungsadresse)

Kontaktperson Beistandschaft (Kopie der Ernennungsurkunde beilegen) selbstverantwortlich

Personalien der zuständigen Kontaktperson/Beistand:

(*VG = Verwandtschaftsgrad)

Name/Vorname	_____	*VG	_____
Adresse	_____	PLZ / Ort	_____
Tel-Nr. /Natel-Nr.	_____	E-Mail	_____

Der/die Bevollmächtigte ist befugt, das zur Finanzierung des Lebensunterhaltes Notwendige auszuführen und mich gegenüber Dritten zu vertreten.

Bitte beim Eintritt folgende Dokumente mitbringen: Kopie Niederlassungsbewilligung oder Familienbüchlein, sowie Original Krankenkassenkarte und Arzzeugnis.

Bitte Ihre Gemeinde informieren, dass Sie in Oeschberg der Lebensort in Koppigen umziehen. Ihre Schriften lassen Sie in Ihrer bisherigen Gemeinde (Sie müssen **nicht** als Wochenaufenthalter gemeldet sein).

- IV-Bezüge: ja nein
- Ergänzungsleistungen: ja (Kopie der Verfügung beilegen) nein beantragt
- Hilflosenentschädigung: ja (Kopie der Verfügung beilegen) nein beantragt
- Vorsorgeauftrag vorhanden: ja (Kopie der Verfügung beilegen) nein
- Patientenverfügung vorhanden: ja (Kopie der Verfügung beilegen) nein
- Betreuung durch Hausarzt/ärztin: ja (Ich bin einverstanden.) nein

Vertretung in Personensorge (zuständig für medizinische/pflegerische Fragen)

Name/Vorname _____ *VG _____

Adresse _____ Plz / Ort _____

Tel-Nr. /Natel-Nr. _____ E-Mail _____

Ehemalige berufliche Tätigkeiten des zukünftigen Bewohnenden: _____

Persönliche Interessen/Hobbys: _____

Bemerkungen: _____

Vollmacht:

Geschäftsleitung sowie Hausarzt/ärztin werden hiermit ausdrücklich ermächtigt, die zur Erfüllung ihres Auftrages notwendigen Unterlagen (Berichte, Arzzeugnisse, Gutachten usw.) bei den zuständigen Stellen zur Einsichtnahme anzufordern und einzusehen. Ausserdem wird die zuständige IV-Stelle bzw. Ausgleichskasse zur Auskunftserteilung der Geschäftsleitung gegenüber ermächtigt.

Der/Die Unterzeichnende oder als Bevollmächtigte/r bestätigt, dass er/sie die Tariffliste erhalten hat und mit den Bedingungen einverstanden ist.

Ort, Datum

Unterschrift

Weitere Angehörige/wichtige Bezugspersonen

Name/Vorname _____ *VG _____

Adresse _____ PLZ / Ort _____

Tel-Nr. /Natel-Nr. _____ E-Mail _____

Name/Vorname _____ *VG _____

Adresse _____ PLZ / Ort _____

Tel-Nr. /Natel-Nr. _____ E-Mail _____

Name/Vorname _____ *VG _____

Adresse _____ PLZ / Ort _____

Tel-Nr. /Natel-Nr. _____ E-Mail _____

Hausarzt

Name/Vorname _____ Telefon _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Weitere Ärzte

Name/Vorname _____ Telefon _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Zahnarzt

Name/Vorname _____ Telefon _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Optiker

Name/Vorname _____ Telefon _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Hörgerätakustiker

Name/Vorname _____ Telefon _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____