

## 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.	_____		

### 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.**

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, Arztzeugnisse, 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 \_\_\_\_\_