



Anmeldeformular

Angaben zur Person

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Heimatort: _____
Zivilstand: _____	Konfession: _____
ehem. Beruf: _____	AHV-Nr.: _____

Gegenwärtiger Aufenthaltsort (Adresse):

Wohngemeinde (Adresse):

Ehepartner:in (Name/Adresse):

Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

Zur Vertretung berechtigte Person (Name/Adresse):

Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

Kontaktadresse/Angehörige:

Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

Rechnungsstellung an (Name/Adresse):

Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

- Werden bereits **Ergänzungsleistungen** ausgerichtet? Ja Nein
- Wird bereits eine **Hilflosenentschädigung** ausgerichtet? Ja Nein
- Ist eine **Patientenverfügung** vorhanden? Ja Nein
- Ist ein **Vorsorgeauftrag** vorhanden? Ja Nein

Krankenkasse (Name/Adresse):

Vers.-Nr.: _____

Bitte Kopie der Krankenkassenkarte beilegen (Vor- und Rückseite).

- Für ausserkantonale Gesuchsteller:
Werden die ausserkantonalen Spitalkosten übernommen? Ja Nein

Weitere Angaben

Gewünschter Eintrittstermin: _____

Hausarzt*: _____

Zahnarzt: _____

Augenarzt/Optiker: _____

*Sollte es Ihr ausdrücklicher Wunsch sein, den bisherigen Hausarzt zu behalten, besteht diese Möglichkeit selbstverständlich. **In diesem Fall müssen Sie mit Ihrem Hausarzt klären, ob die Behandlung im Alters- und Pflegeheim übernommen werden kann (Betreuung/Visite/Notfallsituation).**

Wünschen Sie, dass der bisherige Hausarzt die ärztliche Betreuung übernimmt? Ja Nein

Adressen der nächsten Angehörigen (inkl. Verwandtschaftsgrad):

(Verwandtschaftsgrad/Name/Adresse)

Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

(Verwandtschaftsgrad/Name/Adresse)

Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

Persönliche Mitteilung:

An wen soll die Briefpost weitergeleitet werden?

Bewohner

An folgende Adresse: _____

Bei Umleitung der Briefpost ist das Einverständnis/eine Unterschrift des Bewohners nötig.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Einverständnis: Für die weitere Bearbeitung im Zusammenhang mit der Sozialversicherungsanstalt (Ergänzungsleistungen, der Krankenkasse sowie gegebenenfalls mit der Wohngemeinde, wird dem Alters- und Pflegeheim Aeschen die Erlaubnis erteilt, entsprechende Abklärungen einzuholen.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Zustellung Anmeldeformular:

per Mail an: altersheim@amden.ch

per Post an: Altersheim Aeschen
Heimleitung
Aeschen 606
8873 Amden