****

**Anmeldung**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Art des Aufenthalts/gewünschtes Eintrittsdatum** | | | | | |
|  | Daueraufenthalt | |  | Ferienaufenthalt | |
|  |  | So bald wie möglich |  | Von |  |
|  |  | Vorsorglich (unverbindliche Warteliste) |  | Bis |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personalien** | | | |
| Familienname |  | Lediger Name |  |
| Vorname |  | Nationalität |  |
| Geburtsdatum |  | Geburtsort |  |
| Konfession |  | Heimatort |  |
| Zivilstand |  | AHV-Nummer |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zivilrechtliche Wohnsitzadresse** | | | | |
| PLZ / Ort |  | | Angemeldet seit |  |
| Strasse Nr. |  | | Telefon Festnetz |  |
| Evtl. früherer  Wohnsitz in Eglisau | Von |  | Telefon Mobil |  |
| Bis |  | E-Mail |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gegenwärtiger Aufenthaltsort (Spital, Kurhaus, Reha, anderes Heim etc.) falls nicht zuhause** | | | |
| Institution |  | PLZ / Ort |  |
| Strasse Nr. |  | Telefon |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bezugspersonen/Angehörige** | | | |
| **Erste Bezugsperson/Vertrauensperson** | | | |
| Nachname |  | Telefon Festnetz |  |
| Vorname |  | Telefon Geschäft |  |
| Strasse Nr. |  | Telefon Mobil |  |
| PLZ / Ort |  | E-Mail |  |
| Verwandtschaftsgrad/Art der Beziehung | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Sohn/Tochter |  | Ehepartner/in | |  | Bruder/Schwester |  |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vertretung/Beistand (sofern eine Beistandschaft eingerichtet wurde)** | | | |
| Nachname |  | Telefon Festnetz |  |
| Vorname |  | Telefon Geschäft |  |
| Strasse Nr. |  | Telefon Mobil |  |
| PLZ / Ort |  | E-Mail |  |
| Art der Vertretung | | |  |  | | --- | --- | |  | Vertretung gemäss Vorsorgeauftrag | |  | Beistand | | |
| **Rechnungsempfänger** | | | |
| Nachname |  | Telefon Festnetz |  |
| Vorname |  | Telefon Geschäft |  |
| Strasse Nr. |  | Telefon Mobil |  |
| PLZ / Ort |  | E-Mail |  |
| Verwandtschaftsgrad/Art der Beziehung | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Sohn/Tochter |  | Ehepartner/in | |  | Bruder/Schwester |  |  | | |
| **Weitere Bezugsperson/Vertrauensperson** | | | |
| Nachname |  | Telefon Festnetz |  |
| Vorname |  | Telefon Geschäft |  |
| Strasse Nr. |  | Telefon Mobil |  |
| PLZ / Ort |  | E-Mail |  |
| Verwandtschaftsgrad/Art der Beziehung | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Sohn/Tochter |  | Ehepartner/in | |  | Bruder/Schwester |  |  | | |
| **Weitere Bezugsperson/Vertrauensperson** | | | |
| Nachname |  | Telefon Festnetz |  |
| Vorname |  | Telefon Geschäft |  |
| Strasse Nr. |  | Telefon Mobil |  |
| PLZ / Ort |  | E-Mail |  |
| Verwandtschaftsgrad/Art der Beziehung | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Sohn/Tochter |  | Ehepartner/in | |  | Bruder/Schwester |  |  | | |
| **Hausarzt** | | | |
| Nachname |  | PLZ / Ort |  |
| Vorname |  | Telefon Praxis |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Versicherungen** | | | |
| **Krankenkasse** | | | |
| Name der Krankenkasse |  | Versicherung-Nr. |  |
| Sektion/Sitz |  |  |  |
| **Unfallversicherung** | | | |
| Name der Versicherung |  | Versicherungs-Nr. |  |
| Sektion/Sitz |  |  |  |
| **Hausrat- und Privathaftpflichtversicherung** | | | |
| Name der Versicherung |  | Versicherungs-Nr. |  |
| Sektion/Sitz |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Finanzen** | |
| Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? | |  |  | | --- | --- | |  | Ja | |  | Nein | |
| Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? | |  |  | | --- | --- | |  | Ja | |  | Nein | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dokumente** | | | |
| Patientenverfügung  (Bitte Kopie bei Eintritt abgeben) | |  |  | | --- | --- | |  | Ja | |  | Nein | | Beistandschaft  (Bitte Kopie bei Eintritt abgeben) | |  |  | | --- | --- | |  | Ja | |  | Nein | |
| Vorsorgeauftrag  (Bitte Kopie bei Eintritt abgeben) | |  |  | | --- | --- | |  | Ja | |  | Nein | |  |  |

|  |
| --- |
| **Bemerkungen** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bitte ausdrucken, unterschreiben und an untenstehende Adresse senden** | |
| Ort und Datum | Unterschrift |
|  |  |