



Anmeldung

- | | | | |
|---------------------------------------|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tageszentrum | <input type="checkbox"/> Wohngruppe für Menschen mit Demenz | <input type="checkbox"/> gemischte Wohngruppe | |
| <input type="checkbox"/> unbefristet | <input type="checkbox"/> befristet | <input type="checkbox"/> vorsorglich | <input type="checkbox"/> dringend |

Name: _____ (Bei Frauen auch Mädchenname)

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Momentaner Aufenthaltsort: _____

Wohnsitzgemeinde: _____

Heimatort: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Beruf: _____

Konfession: _____

Zivilstand: ledig

verwitwet von: _____

verheiratet

geschieden von: _____

Sozialversicherungsnummer 756._____._____.____.

AHV-Rente

PK-Rente

IV-Rente

Vermögen vorhanden

Ergänzungsleistungen: ja nein beantragt

Hilflosenentschädigung: ja nein beantragt

Besteht eine Beistandschaft: ja nein beantragt

falls ja, bitte Kopie der Ernennungsurkunde beilegen

Patientenverfügung: ja nein

falls ja, bitte beim Eintritt mitbringen

Vorsorgeauftrag: ja nein

Hausarzt: _____

Wechsel zum Heimarzt des Zentrums Schönberg? _____

Ja

Nein

Adresse Krankenkasse und Versicherten-Nr.: _____

Bitte bringen Sie uns die Krankenkassenkarte oder eine Kopie beim Eintritt mit oder legen Sie diese der Anmeldung bei.

Bitte Rückseite beachten



Allfälliger gesetzlicher Vertreter

Name:	Vorname:	<input type="checkbox"/> Beistand/Beiständin
Strasse:	PLZ/Ort:	
Tel. P:	Tel. G:	
Natel:	E-Mail:	

Kontaktadresse Angehörige

Beziehung

Name:	Vorname:	<input type="checkbox"/> Partner/-in
Strasse:	PLZ/Ort:	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn
Tel. P:	Tel. G:	<input type="checkbox"/> Nichte/Neffe
Natel:	E-Mail:	<input type="checkbox"/>

Kontaktadresse Angehörige

Beziehung

Name:	Vorname:	<input type="checkbox"/> Partner/-in
Strasse:	PLZ/Ort:	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn
Tel. P:	Tel. G:	<input type="checkbox"/> Nichte/Neffe
Natel:	E-Mail:	<input type="checkbox"/>

Kontaktadresse Angehörige

Beziehung

Name:	Vorname:	<input type="checkbox"/> Partner/-in
Strasse:	PLZ/Ort:	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn
Tel. P:	Tel. G:	<input type="checkbox"/> Nichte/Neffe
Natel:	E-Mail:	<input type="checkbox"/>

Person, welche den Vertrag unterschreibt:

Person oder Institution, an welche die Rechnungen zu senden sind und die auch gegenüber dem Zentrum Schönberg für eine termingerechte Begleichung verantwortlich ist (Name, Vorname, Adresse, Telefon, Natel und E-Mail):

Ort und Datum:

Unterschrift:

(angemeldete Person oder gesetzl. Vertretungsperson)