**Anmeldung**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Tageszentrum |  | Wohngruppe  für Menschen mit Demenz | gemischte Wohngruppe | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | unbefristet |  | befristet | vorsorglich | dringend |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  | (Bei Frauen auch Mädchenname) |
| Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  |
| Adresse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  |
| PLZ/Wohnort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | Telefon: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Momentaner Aufenthaltsort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  |
| Wohnsitzgemeinde: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | Heimatort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. | | Geburtsort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Beruf: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | Konfession: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zivilstand: |  | ledig | |  | verwitwet von: |
|  |  | verheiratet | |  | geschieden von: |
| Sozialversicherungsnummer | | | 756.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| 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: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Wechsel zum Heimarzt des Zentrums Schönberg?  Ja  Nein | | | | | |
| Adresse Krankenkasse und Versicherten-Nr.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
|  | | | | | |

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: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  | Beistand/Beiständin |
| Strasse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | PLZ/Ort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  |  |
| Tel. P: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Tel. G: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  |  |
| Natel: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | E-Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  | |
| **Kontaktadresse Angehörige** | | | **Beziehung** | |
| Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  | Partner/-in |
| Strasse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | PLZ/Ort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  | Tochter/Sohn |
| Tel. P: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Tel. G: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  | Nichte/Neffe |
| Natel: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | E-Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  | |
| **Kontaktadresse Angehörige** | | | **Beziehung** | |
| Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  | Partner/-in |
| Strasse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | PLZ/Ort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  | Tochter/Sohn |
| Tel. P: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Tel. G: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  | Nichte/Neffe |
| Natel: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | E-Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  | |
| **Kontaktadresse Angehörige** | | | **Beziehung** | |
| Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  | Partner/-in |
| Strasse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | PLZ/Ort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  | Tochter/Sohn |
| Tel. P: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Tel. G: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  | Nichte/Neffe |
| Natel: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | E-Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  | |
| Person, welche den Vertrag unterschreibt: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 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): | | | | | |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
| Ort und Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | Unterschrift: | | | |

(angemeldete Person oder gesetzl. Vertretungsperson)