****

**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 |
|  |  |