

Anmeldung Altersheim Mels

Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Neueintritt dringlich
 vorsorglich ab _____

Zimmerwunsch

Einzelzimmer Haus B Doppelzimmer Haus B
 Einzelzimmer Haus A ohne Dusche
 Einzelzimmer Haus A mit Dusche

Familienname _____ lediger Name _____

Vorname _____ Beruf _____

Geburtsdatum _____ Konfession _____

Zivilstand _____ AHV-Nummer _____

Heimatort _____

Einreichung des Heimatausweises vor dem Eintritt ist obligatorisch, wenn der zivilrechtliche Wohnsitz **nicht** in der Gemeinde Mels liegt.

Bemerkungen _____

Zivilrechtliche Wohnsitzadresse

Strasse/Nr. _____ Telefon _____

PLZ/Ort _____ Mobil _____

E-Mail _____

Gegenwärtiger Aufenthaltsort

Strasse/Nr. _____ Telefon _____

PLZ/Ort _____

Krankenkasse

Gesellschaft _____ Vers.-Nr. _____

PLZ/Ort _____ Strasse/Nr. _____

Telefon _____

Hausarzt

Name/Vorname _____ Tel. Praxis _____

PLZ/Ort _____ Strasse/Nr. _____

Angaben zur Rechnungsstellung

Selbstzahler

Andere Rechnungsadresse (bitte nachfolgend Adresse ausfüllen)

*EL-Bezüger Ja

* Ergänzungsleistung Nein

Hilflosenentschädigung Ja

Nein

Verwandt. Grad _____

Name/Vorname _____ Tel. Privat _____

Strasse/Nr. _____ Tel. Geschäft _____

PLZ/Ort _____ Mobil _____

E-Mail _____

Nächste Angehörige

(Bitte Verwandtschaftsgrad ausfüllen, z.B. Sohn/Tochter/Enkel/Beistand/Bekannte...)

1. Ansprechperson/Vertrauensperson

Verwandt. Grad _____

Name/Vorname _____ Tel. Privat _____

Strasse/Nr. _____ Tel. Geschäft _____

PLZ/Ort _____ Mobil _____

E-Mail _____

Weitere Angehörige

Verwandt. Grad _____

Name/Vorname _____ Tel. Privat _____

Strasse/Nr. _____ Tel. Geschäft _____

PLZ/Ort _____ Mobil _____

E-Mail _____

Verwandt. Grad _____

Name/Vorname _____ Tel. Privat _____

Strasse/Nr. _____ Tel. Geschäft _____

PLZ/Ort _____ Mobil _____

E-Mail _____

Der Antragsteller für die Aufnahme auf die Warteliste erklärt sich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Geschäftsleitung Auskünfte betreffend seinem allgemeinen Gesundheitszustand und der vorhandenen Pflegebedürftigkeit bei Ärzten und allenfalls Spitex einholen darf.

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/in oder Stellvertreter/in