

## 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** (wenn ausserkantonale Kostengutsprache erforderlich)

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