

## 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 (wenn ausserkantonale Kostengutsprache erforderlich)

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)

Verwandt. Grad \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Privat \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen? Ja  Nein

Erhalten Sie Hilflosenentschädigung? Ja  Nein

Haben Sie eine Patientenverfügung?  
(wenn ja, beim Eintritt mitbringen) Ja  Nein

**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