

## Anmeldung

### Personalien

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Heimatort \_\_\_\_\_  
AHV-Nr. \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_  
Zivilstand \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_  
Konfession \_\_\_\_\_ Mobil-Nr. \_\_\_\_\_  
Ledigname der Frau \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

### Angehörige / Bezugspersonen

#### Erste Bezugsperson

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ Mobil-Nr. \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
Verwandtschafts- / Bekanntschaftsgrad \_\_\_\_\_

#### Weitere Bezugsperson

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ Mobil-Nr. \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
Verwandtschafts- / Bekanntschaftsgrad \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Name \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. Praxis \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### Krankenkasse

Name \_\_\_\_\_ Versichertennummer \_\_\_\_\_  
Kennnummer der Karte (20-stellig) \_\_\_\_\_

### Privathaftpflicht

Name Versicherer \_\_\_\_\_ Policennummer \_\_\_\_\_

*(bitte wenden)*

## Hilfsmittel

Rollator

Rollstuhl

Andere Hilfsmittel \_\_\_\_\_

## Physischer Zustand

Sehschärfe beeinträchtigt

Gehör eingeschränkt

## Gewünschte Wohnform

### Haus Oberdorf, bei leichter Hilfestellung

Einzelzimmer

### Pflegewohnung

Einzelzimmer

Doppelzimmer

### Haus Ruggacker, bei Bedarf an umfassender Pflege

Einzelzimmer

Doppelzimmer

### Geschützter Bereich für an Demenz erkrankte Menschen

Einzelzimmer

Doppelzimmer

Dreierzimmer

Viererzimmer

### Seniorenresidenz, Wohnen mit Dienstleistungen

1-Zimmer-Studio

2-Zimmer-Studio

Bitte bevorzugte Wohngeschosse ankreuzen

Gartengeschoss

Erdgeschoss (Hochparterre)

1. Obergeschoss

2. Obergeschoss

3. Obergeschoss

keine Wünsche

**Ferienzimmer, Aufenthaltsdauer** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Tageszentrum**

Anzahl Tage pro Woche  1  2  3  4  5

## Wann möchten Sie einziehen?

So bald wie möglich (Warteliste)

Vorsorgliche Anmeldung (Interessentenliste)

Hinweis: Bei einem Einzug so bald wie möglich benötigen wir ein ausgefülltes Arztzeugnis.

## Elektronisches Patientendossier

Ja

Nein

Wenn vorhanden, bitte Zugriff für AGZ erteilen.

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_