



Altersheim Städtli
8730 Uznach

Anmeldeformular- Aufnahmege such

Nicht Ausfüllen (wird durch das Altersheim Städtli ausgefüllt)		
Eintrittsdatum		
Zimmer		
Telefon-Nr.		

Bitte füllen Sie das Formular vollständig und gut leserlich aus (für jede Person ein Formular verwenden)

Eintrittsdatum

<input type="checkbox"/> Anmeldung zum «sofortigen» Eintritt Wir melden uns bei einem freien Zimmer	Ab:	<input type="checkbox"/> Anmeldung Warteliste Sie kontaktieren uns, wenn Sie bald eintreten möchten.
--	-----	---

Personalien / Zivilrechtlicher Wohnsitz (bitte Angaben gemäss Pass-Eintrag notieren)

Familiename		Lediger Name	
Vorname/n		Konfession	
Geburtsdatum		AHV-Nr.	756.
Zivilstand		Heimatort	
Strasse / Nr.		Telefon	
PLZ / Ort		Natel	
Email			

Gegenwärtiger Aufenthaltsort (Klinik, Spital, Kurhaus, REHA-Klinik, anderes Heim, Angehörige, etc.)

Aufenthaltsort		Email	
Strasse / Nr.		Telefon	
PLZ / Ort		Natel	

Ärzte

Hausarzt			
Name / Vorname		Telefon	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	
Facharzt / Fachrichtung:			
Name / Vorname		Telefon	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	
Facharzt / Fachrichtung:			
Name / Vorname		Telefon	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	

Versicherungen

Krankenkasse - Grundversicherung			
Name		Vers. Nr.	Kartennummer:
Krankenkasse - Zusatzversicherung			
Name		Vers. Nr.	
Haftpflicht-Versicherung			
Name		Vers. Nr.	

Nächste Angehörige / Bezugspersonen / Vertretungen / Beistand

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

1. Ansprechperson / Vertrauensperson für Anmeldung Heim			
Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung			
Familienname		Email	
Vorname		Tel. P	
Strasse / Nr.		Tel. G	
PLZ / Ort		Natel	
2. Vertretung			
Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung			
Familienname		Email	
Vorname		Tel. P	
Strasse / Nr.		Tel. G	
PLZ / Ort		Natel	
3. Weitere Angehörige / Bezugspersonen			
Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung			
Familienname		Email	
Vorname		Tel. P	
Strasse / Nr.		Tel. G	
PLZ / Ort		Natel	
Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung			
Familienname		Email	
Vorname		Tel. P	
Strasse / Nr.		Tel. G	
PLZ / Ort		Natel	
4. Vertretung / Beistand			
<input type="checkbox"/> Vertretende Person gem. Vorsorgeauftrag		<input type="checkbox"/>	Beistand / Beiständin
Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung			
Familienname		Email	
Vorname		Tel. P	
Strasse / Nr.		Tel. G	
PLZ / Ort		Natel	

Rechnungsempfänger/-in

Rechnung an Bewohner / Bewohnerin	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Bitte senden Sie die Rechnung an folgende Person (<input type="checkbox"/> Detailangaben siehe oben):	
<input type="checkbox"/>	

Dokumente

Vorsorgeauftrag * bitte Kopie beilegen	<input type="checkbox"/> Ja* / <input type="checkbox"/> Nein	Patientenverfügung * bitte Kopie beilegen	<input type="checkbox"/> Ja* / <input type="checkbox"/> Nein
Beistandschaft * bitte Kopie beilegen	<input type="checkbox"/> Ja* / <input type="checkbox"/> Nein	Krankenkasse-Karte (Kopie Karte)	<input type="checkbox"/> Ja
EL-Bezüger? * bitte Kopie beilegen	<input type="checkbox"/> Ja* / <input type="checkbox"/> Nein	Bezüger HiLo (Hilflosenentschädigung)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
EL-Antrag gestellt	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	IV-Rente * bitte Kopie beilegen	<input type="checkbox"/> Ja* / <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Mitglied von Exit oder einer ähnlichen Organisation?			<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum



Altersheim Städtli
Tel. 055 285 10 10

Unterschrift

Wiesenrain 5
info@aph-staedtli.ch

8730 Uznach
www.aph-staedtli.ch