

## ANMELDUNG

### 1. Personalien

Name und Vorname \_\_\_\_\_

Jetzige Wohnadresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Wohnsitz \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Früherer Beruf \_\_\_\_\_

### 2. Allgemeine Angaben und Ansprechpersonen

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Mitglied-Nr.: \_\_\_\_\_ Krankenkassenkärtli-Nr.: 807 \_\_\_\_\_

AHV-Nr. 756. \_\_\_\_\_

Zuständige Ausgleichskasse AHV \_\_\_\_\_

Name und Adresse Ihres Hausarztes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Wer ist für administrative Fragen und Auskünfte die 1. Ansprechperson?

Name und Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. und E-Mail: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad:  Ehefrau/Ehemann |  Tochter/Sohn |  Schwiegertochter/-sohn

Schwester/Bruder |  Schwägerin/Schwager |  Enkelkind |  Nichte/Neffe |  Beistand

Vertrauensperson (nicht verwandt) |  anderes: \_\_\_\_\_

**Rechnungsempfänger**

**Wer ist für die Mitarbeitenden der Betreuung & Pflege die 1. Ansprechperson für medizinische und pflegerische Fragen und Auskünfte?**

Name und Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. und E-Mail: \_\_\_\_\_

- Verwandtschaftsgrad:  Ehefrau/Ehemann |  Tochter/Sohn |  Schwiegertochter/-sohn  
 Schwester/Bruder |  Schwägerin/Schwager |  Enkelkind |  Nichte/Neffe |  Beistand  
 Vertrauensperson (nicht verwandt) |  anderes: \_\_\_\_\_

**Wer ist für die Mitarbeitenden der Betreuung & Pflege die 2. Ansprechperson für medizinische und pflegerische Fragen und Auskünfte?**

Name und Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. und E-Mail: \_\_\_\_\_

- Verwandtschaftsgrad:  Ehefrau/Ehemann |  Tochter/Sohn |  Schwiegertochter/-sohn  
 Schwester/Bruder |  Schwägerin/Schwager |  Enkelkind |  Nichte/Neffe |  Beistand  
 Vertrauensperson (nicht verwandt) |  anderes: \_\_\_\_\_

**Sonstige Vertrauenspersonen**

Name, Adresse, Tel., E-Mail und Verwandtschaftsgrad:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Dokumente**

- Ernennungsurkunde      Der Aareresidenz ausgehändigt?      JA  NEIN   
zur Beistandschaft
- Patientenverfügung      Der Aareresidenz ausgehändigt?      JA  NEIN

**4. Wann wünschen Sie in die Aareresidenz einzutreten?**

- Sobald als möglich (Dringlichkeitsliste)
- Provisorische Anmeldung

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben, ermächtigt die Leitung Pflege, beim Hausarzt medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet den Arzt insofern von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht gegenüber der Leitung Pflege.

**Ort und Datum:** ..... **Unterschrift:** .....

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt. Wir machen ausdrücklich darauf aufmerksam, dass wir mit der Entgegennahme dieser Anmeldung nicht die Aufnahme zu-sichern.