

Anmeldung

- Langzeitaufenthalt Kurzaufenthalt
 befristeter Aufenthalt von bis

Familienname	_____	lediger Name	_____
Vorname(n)	_____	Adresse	_____
PLZ/Ort	_____	Wohnsitz in der Gemeinde seit	_____
Telefon	_____	AHV-Versicherungsnummer 756. (13-stellig)	_____
Geburtsdatum	_____	Beruf, zuletzt ausgeführt	_____
Heimatort	_____	Geburtsort	_____
Zivilstand	_____	Konfession	_____
Gegenwärtiger Aufenthaltsort (Station Spital/Heim) _____			
Spitex vor Heimeintritt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____			

1. Kontaktperson

Name, Vorname	_____	Art der Beziehung	_____
Adresse	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon	_____	E-Mail (Korrespondenzzweck)	_____

Weitere Bezugspersonen

Name, Vorname	_____		
Adresse	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon & Email	_____	Art der Beziehung	_____
Name, Vorname	_____		
Adresse	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon & Email	_____	Art der Beziehung	_____

Beistand, sofern vorhanden

Name, Vorname	_____		
Adresse	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon	_____	E-Mail (Korrespondenzzweck)	_____

Rechnungsempfänger

Name, Vorname _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ E-Mail (Korrespondenzzweck) _____

Bank-Lastschriftverfahren ja nein**Sozialversicherungen**

Krankenkasse _____ Mitgliedsnummer _____

VEKA-Nr.: 807 _____
(20-stellig)

genaue Adresse _____ PLZ/Ort _____

Ergänzungsleistungen ja neinHilfslosenentschädigung leicht mittel schwerIhre Anmerkungen
_____**Hausärztin / Hausarzt**

Name _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____

Taschengeld

Soll der Bewohnerin / dem Bewohner ein Taschengeld ausbezahlt und monatlich auf der Rechnung belastet werden?

 ja, CHF _____ nein**Gewünschte Zimmerkategorie** Einzelzimmer Doppelzimmer Dreierzimmer**Gutsprache des/der Zahlungspflichtigen**

Der/die Zahlungspflichtige haftet für die gesamten Kosten gemäss Taxordnung und verpflichtet sich zu deren regelmässigen Zahlung. Er nimmt zur Kenntnis, dass bei Eintritt in die Institution ein separater Pensionsvertrag mit dem/der Klienten/Klientin abgeschlossen wird.

Ort/Datum _____ Der/die Zahlungspflichtige _____

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular an:

 Lindenfeld, Aufnahme- und Sozialberatung, Zollweg 12, 5034 Suhr Aufnahme-undSozialberatung@lindenfeld.ch**Beizulegen sind**

- eine aktuelle Diagnose- und Medikamentenliste
- Verfügung über amtlich angeordnete Massnahmen (Beistandschaft mit Ernennungsurkunde)
- aktuelle Police der Krankenversicherung

Ihre Anmerkungen
