

**Anmeldung Eintritt Alterszentrum im Geeren**

**Anmeldung dringend Alterszentrum**

> Bitte kreuzen Sie dies an, wenn Sie einen schnellst möglichen Eintritt benötigen. Wir werden sie umgehend kontaktieren. Bitte beachten Sie, dass Sie sich mit einer dringenden Anmeldung bereiterklären, innert wenigen Tagen nach unserer Benachrichtigung einzutreten.

Anmeldung für die  
 **Tagesbetreuung**

**Anmeldung vorsorglich Alterszentrum**

> Falls ein Eintritt für Sie noch nicht absehbar ist, genügt die vorsorgliche Anmeldung. Sobald ein Eintritt aktuell wird, können Sie uns dies telefonisch mitteilen und damit eine dringliche Anmeldung veranlassen.

**Persönliche Angaben (gemäss amtlichen Dokumenten)**

|              |      |                |  |
|--------------|------|----------------|--|
| Name         |      | Lediger Name   |  |
| Vorname      |      | PLZ            |  |
| Strasse      |      | Ort            |  |
| Geburtsdatum |      | Telefon Privat |  |
| Zivilstand   |      | Natel          |  |
| Konfession   |      | Email-Adresse  |  |
| AHV-Nummer   | 756. | Heimatort      |  |

|                              |                               |                             |   |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---|
| Besteht eine Beistandschaft? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <b>Wenn Ja</b> > Bitte entsprechende Angabe unter Kontaktpersonen eintragen und eine Kopie der Verfügung / Vollmacht beilegen |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---|

**Kontaktpersonen** (z.B. Ehepartner/ Kinder/ Schwester/ Nefte usw.)

| 1. Person (Notfall Kontakt)<br>Beziehung/Verwandtschaftsgrad | 2. Person<br>Beziehung/Verwandtschaftsgrad | 3. Person<br>Beziehung/Verwandtschaftsgrad |
|--|--|--|
|  |  |  |
| Nachname   | Nachname                                   | Nachname                                   |
|  |  |  |
| Vorname  | Vorname                                    | Vorname                                    |
|  |  |  |
| Strasse / Nr.  | Strasse / Nr.                              | Strasse / Nr.                              |
|  |  |  |
| PLZ / Ort  | PLZ / Ort                                  | PLZ / Ort                                  |
|  |  |  |
| Telefon Privat   | Telefon Privat                             | Telefon Privat                             |
|  |  |  |
| Telefon Geschäftlich   | Telefon Geschäftlich                       | Telefon Geschäftlich                       |
|  |  |  |
| Natel  | Natel                                      | Natel                                      |
|  |  |  |
| E-Mail   | E-Mail                                     | E-Mail                                     |
|  |  |  |

**Rechnungsempfänger/Rechnungsempfängerin** (gemäss Angaben in den Kontaktpersonen oberhalb)

|                                       |                                    |                                    |                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bewohner/-in | <input type="checkbox"/> 1. Person | <input type="checkbox"/> 2. Person | <input type="checkbox"/> 3. Person |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|

**Hausarzt/Hausärztin**

|              |  |         |  |
|--------------|--|---------|--|
| Name/Vorname |  | PLZ/Ort |  |
| Strasse      |  | Telefon |  |

**Krankenversicherung** (Die entsprechenden Angaben finden Sie auf Ihrer Krankenversicherungskarte)

|   |  |               |  |
|---|--|---------------|--|
| Name der Versicherung                                   |  | Agentur / Ort |  |
| Versicherungs-Kennnummer des Trägers                    |  |               |  |
| Versicherungs-Kennnummer der Karte (20 Stellige Nummer) |  |               |  |
| Ablaufdatum der Karte                                   |  |               |  |

**Weitere Angaben**

|                              |                               |  |  |
|------------------------------|-------------------------------|--|--|
| Bezug AHV-Rente              | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja            |  |
| Bezug IV-Rente               | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja            |  |
| Bezug Ergänzungsleistungen   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> ist beantragt | <input type="checkbox"/> Ja  |
| Bezug Hilflosenentschädigung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> ist beantragt | <input type="checkbox"/> Ja > folgender Grad:<br><input type="checkbox"/> Leicht <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Schwer |

**Sind folgende Unterlagen vorhanden?**

|                    |                               |                             |                      |
|--------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| Patientenverfügung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |                      |
| Generalvollmacht   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | gem. Art 32 ff. OR   |
| Vorsorgeauftrag    | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | gem. Art 360 ff. ZBG |

**Bemerkung:**

**Vor einem definitiven Eintritt ins Alterszentrum sind folgende Unterlagen einzureichen:** (Kopien)

- Ärztliches Zeugnis zur Aufnahme
- Krankenkassenkarte Vorder- und Rückseite
- Patientenverfügung, wenn vorhanden
- Generalvollmacht, wenn vorhanden
- Vorsorgeauftrag, wenn vorhanden
- Bestandschafts Verfügung/Vollmacht, wenn vorhanden

**Der Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der Angaben**

|               |  |
|---------------|--|
| Ort und Datum |  |
|---------------|--|

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Rechtsverbindliche Unterschrift |  |
|---------------------------------|--|

|   |  |                |
|---|--|----------------|
| Falls eine Urteilsunfähigkeit besteht, rechtsverbindliche Unterschrift der stellvertretenden Person |  | Beziehungsgrad |
|   |  |                |

**Bitte senden Sie dieses Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben an:**

Alterszentrum im Geeren, Kundendienst, Kirchhügelstrasse 5, 8472 Seuzach

Bei Fragen melden Sie sich bitte beim Kundendienst des Alterszentrums im Geeren. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 052 320 11 11 oder per E-Mail [kundendienst@imgeeren.ch](mailto:kundendienst@imgeeren.ch).

Weiter führende Informationen finden Sie in unserer Informationsmappe und auf der Internetseite: [www.imgeeren.ch](http://www.imgeeren.ch).