

Bitte vollständig ausfüllen

Persönliche Angaben

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

Anmeldung

(Beim Wunsch eines baldmöglichen Eintrittes ist ein Arztzeugnis beizulegen)

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pflegeheim baldmöglichst | <input type="checkbox"/> Altersheim baldmöglichst | <input type="checkbox"/> Tagesheim baldmöglichst | <input type="checkbox"/> Warteliste vorsorglich |
| <input type="checkbox"/> Akut- und Übergangspflege | | | |
| <input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt | <input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt | | |
| <input type="checkbox"/> Pflege- und Betreuungsaufenthalt | <input type="checkbox"/> Pflege- und Betreuungsaufenthalt | | |

Vertrauensperson/Kontaktperson

| | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---|
| Besteht eine Beistandschaft? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | (Wenn ja, Namen in das Feld „1. Vertrauensperson“ eintragen mit Beilage Kopie Verfügung/Urkunde) |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---|

1. Vertrauensperson/ Kontaktperson

| | | | |
|---------------------------------|--|---------------|--|
| Name | | Vorname | |
| Strasse | | PLZ/Ort | |
| Telefon Privat | | Natel | |
| Telefon Geschäft | | Email-Adresse | |
| Verwandtschaftsgrad / Beziehung | | | |

2. Vertrauensperson/ Kontaktperson

| | | | |
|---------------------------------|--|---------------|--|
| Name | | Vorname | |
| Strasse | | PLZ/Ort | |
| Telefon Privat | | Natel | |
| Telefon Geschäft | | Email-Adresse | |
| Verwandtschaftsgrad / Beziehung | | | |

Rechnungsempfänger/Rechnungsempfängerin

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bewohner/-in | <input type="checkbox"/> 1. Kontaktperson | <input type="checkbox"/> 2. Kontaktperson |
| <input type="checkbox"/> Andere: (bitte genaue Anschrift) | | |

Hausarzt/Hausärztin

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

Krankenversicherung

| | | | |
|---------------------|--|-------------|--|
| Name | | Agentur/Ort | |
| Versicherungsnummer | | | |

Finanzielle Angaben

| | | |
|------------------------|-------------------------------|---|
| Bezug AHV-Rente | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bezug IV-Rente | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Ergänzungsleistungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hilflosenentschädigung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Leicht <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Schwer |

Information

Wir bitten Sie, die **Anmeldegebühr von CHF 30.00** bar am Empfang oder auf unser PC-Konto 84-518-6 mit Vermerk „Anmeldung Warteliste AZiG“ zu bezahlen. Vielen Dank.

Wünschen Sie weitere Informationen, dann wenden sie sich bitte telefonisch oder per Mail an uns. Alterszentrum im Geeren 052 320 11 11 oder per E-Mail: **bettendispo.azig@hin.ch**.

Die vertraglichen Regelungen finden Sie in der Informationsmappe oder auf unserer Internetseite: www.imgeeren.ch.

Bitte schicken Sie die beiden Formulare vollständig ausgefüllt an:
Alterszentrum im Geeren, Bettendisposition, Kirchhügelstrasse 5, 8472 Seuzach

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

| | |
|---|--|
| Rechtsverbindliche Unterschrift (bei Urteilsunfähigkeit Unterschrift der Vertretung) | |
|---|--|