

# Anmeldung

für Pflegegruppe

für Pflegeheim

## Angemeldete Person

**Anrede**

**Geschlecht**

**Name**

**Zivilstand**

**Vorname**

**Konfession**

**Geb.Dat.**

**Telefon**

**Adresse**

**E-Mail**

**PLZ | Ort**

**AHV-Nr.**

**Heimeintritt**

Datum

Zimmer

**Ferienaufenthalt**

von

bis

**Pflegestatus**

(Anmeldung über CM/Ospidal)

von

bis

**Überbrückung | Entlastung**

von

bis

**AÜP**

(Akut- & Übergangspflege, Anmeldung über Arzt)

von

bis

**Tages- | Nachtaufenthalt**

ab

**Bevorzugtes Heim**

**Steuerdomizil (Ort)**

seit

**Krankenversicherung**

Versicherten-Nr.

**Zusatzversicherung**

Versicherten-Nr.

**Art der Versicherung**

**Hausarzt**

**Name**

**Telefon**

**Vorname**

**Mobile**

**Adresse**

**E-Mail**

**PLZ | Ort**

Werden Ergänzungsleistungen bezogen?

Nein Ja

Wird Hilfslosenentschädigung bezogen?

Nein Ja

Ist eine Patientenverfügung vorhanden?

Nein Ja Erstellt am

Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden?

Nein Ja Erstellt am

**Angehörige | Vertrauensperson**

<b>Name</b>	<b>Telefon</b>
<b>Vorname</b>	<b>Mobile</b>
<b>Adresse</b>	<b>E-Mail</b>
<b>PLZ   Ort</b>	<b>Beziehung</b>

**Ansprechperson | Gesetzliche Vertretung**

Wie Angehörige | Vertrauensperson

<b>Name</b>	<b>Telefon</b>
<b>Vorname</b>	<b>Mobile</b>
<b>Adresse</b>	<b>E-Mail</b>
<b>PLZ   Ort</b>	<b>Beziehung</b>

**Rechnungsempfänger**

Wie angemeldete Person

Wie Angehörige | Vertrauensperson

Wie Ansprechperson

<b>Name</b>	<b>Telefon</b>
<b>Vorname</b>	<b>Mobile</b>
<b>Adresse</b>	<b>E-Mail</b>
<b>PLZ   Ort</b>	

**Bemerkungen****Anmeldung durch**

Wie angemeldete Person

Wie Angehörige | Vertrauensperson

Wie Ansprechperson

<b>Name</b>	<b>Telefon</b>
<b>Vorname</b>	<b>Mobile</b>
<b>Adresse</b>	<b>E-Mail</b>

**Ort | Datum****Unterschrift**