

# Anmeldung zur Aufnahme

## Personalien

Name		Vorname		Rufname
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Strasse		Nummer	PLZ	Wohnort
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon Privat		Natel / Mobil		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Schriften deponiert in		seit	ev. gegenwärtiger Aufenthaltsort (Spital, Heim etc.)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Heimatort/Nationalität		Versichertennummer der AHV-IV neu (13-stellig)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Zuletzt ausgeübter Beruf		Konfession		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Zivilstand	ledig <input type="checkbox"/>	verheiratet <input type="checkbox"/>	geschieden <input type="checkbox"/>	Eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/>
				verwitwet <input type="checkbox"/>
Mitglied einer Sterbehilfeorganisation		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche		<input type="text"/>	seit wann	<input type="text"/>

## Angehörige

### Angehörige, 1. Kontaktperson

Verwandschaftsgrad	Name, Vorname	Strasse, PLZ, Ort	Telefon, Natel, E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Angehörige, weitere

Verwandschaftsgrad	Name, Vorname	Strasse, PLZ, Ort	Telefon, Natel, E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Krankenkasse

Krankenkasse	<input type="text"/>	Sektion	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Mitglieder-Nr.	<input type="text"/>

## Hausarzt

Hausarzt  PLZ, Ort

## Zahnarzt

Zahnarzt (bisher)  PLZ, Ort

Wechsel zu  Dr. Traianou, Zofingen (rollstuhlgängige Praxis)  Ja  Nein

Nutzung  Mobile Praxis im Feldheim vor Ort, betreut durch (Dr. Traianou/Dr. Zosso)  Ja  Nein

## Finanzen

**Beziehen Sie eine AHV / IV – Rente?**  Ja  Nein

Wenn ja, von welcher Kasse

Monatlicher Betrag

**Beziehen Sie eine Ergänzungsleistung zur AHV?**  Ja  Nein

Wenn ja, von welcher Kasse

Monatlicher Betrag

**Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung?**  Ja  Nein

Wenn ja, von welcher Kasse

Monatlicher Betrag

### Wem soll die Rechnung zugestellt werden?

Name und Adresse

**Ist ein gesetzlicher Vertreter bestimmt?**  Ja  Nein

Wenn ja, Name und Adresse

### Wer verwaltet Ihr Einkommen / Vermögen?

Name und Adresse

## Eintrittstermin/Anmeldung in anderen Heimen

Dringlich  Ja  Nein

Vorsorglich  Ja  Nein

Bemerkungen

Sind Sie auch in anderen Heimen angemeldet?  Ja  Nein

Wenn ja, wo?

## Unterschrift

Mit der Anmeldung anerkenne ich die aktuellen Bestimmungen wie Taxordnung, Hausordnung, etc. Die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben bestätigt.

Ort / Datum  Unterschrift

## Diverses

### Der Anmeldung sind folgende Unterlagen (Kopien) beizulegen:

- Neue Vers.-Karte der AHV / IV
- Krankenkassenkarte