



Anmeldung zur Aufnahme

Personalien

Name		Vorname	
<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"/>

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"/>
<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
- Krankenkassenpolice