

**Vorsorgliche Anmeldung**

Bitte nehmen Sie mit uns Kontakt auf, sobald ein definitiver Eintritt bevorsteht.

**Die Anmeldung ist dringend**

Bitte nehmen Sie rasch mit uns Kontakt auf.

**Anmeldung für einen Ferienaufenthalt**

gewünschte Dauer (Mindestdauer 2 Wochen) von:

bis:

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Angemeldet in Gemeinde:

seit:

Telefon:

Nationalität:

Geburtsdatum:

Heimatort:

Zivilstand:

Konfession:

Früherer Beruf:

AHV-Nr.:

Hausarzt (Name, Adresse, Ort, Telefon):

Krankenkasse (Name, zuständige Agentur, Versicherungsnummer):

Bitte Legen Sie eine Kopie der Krankenversicherungskarte (Vorder- und Rückseite) bei.

**Kontaktperson für das Seniorenzentrum Engelhof**

Die hier genannte Person ist die Ansprech- und Kontaktperson für das Seniorenzentrum Engelhof bei Eintritt. Nach der Anmeldung können weitere Bezugspersonen erfasst werden.

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Tel. Privat:

Natel:

Tel. Geschäft:

E-Mail:

Verwandtschaftsgrad:

## Eintritt ins Seniorenzentrum / Fragen

Gewünschter Eintrittstermin:

---

Grund der Anmeldung / kurzer Situationsbericht:

---

---

---

---

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht ein Vorsorgeauftrag?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen Beistand?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wenn ja, Name / Adresse Beistand:

---

---

Sind Sie Mitglied einer Sterbeorganisation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Exit	<input type="checkbox"/> Dignitas
Wünschen Sie einen Telefonanschluss?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wünschen Sie einen Briefkasten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Benötigen Sie Diät- oder Sonderkost?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wenn ja, welche:

---

---

## Finanzielles

Rechnung per Post an:

---

Lastschriftverfahren

Bitte legen Sie eine Kopie Ihrer Bankkarte (Vorder- und Rückseite) bei.

Ort/Datum:

Unterschrift Bewohner  
oder dessen/deren Vertreter:

---

Mit der Unterschrift auf diesem Formular erklärt sich der/die Unterzeichnende/n damit einverstanden, dass durch die Zentrumsleitung sowie die zuständige Leitung Pflege sämtliche benötigten Angaben zur Person eingeholt werden können und entbindet damit den Arzt von der Schweigepflicht. Bei Eintritt in das Seniorenzentrum wird ein separater Pensionsvertrag mit dem Bewohner abgeschlossen.