

**Personalien**

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.

**Von wem wird die Person zu Hause betreut? / Kontaktperson**

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: \_\_\_\_\_

**Aufnahme / Fragen**

Gewünschte Aufenthaltstage: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gesundheitszustand:

---

---

---

Besondere Hilfsmittel:

---

---

---

Benötigen Sie eine Diät- oder Schonkost:  Ja  Nein Wenn ja, was genau?

---

---

Werden Sie zu Hause von der Spitex betreut?  Ja  Nein Wenn ja, durch welche?

---

---

Spezielle Vereinbarungen:

---

---

---

Erreichbare Angehörige, wenn sich die betreute Person in der Tageswohnung aufhält (Name, Adresse, Telefon):

---

---

---

### Finanzielles

Rechnung per Post an:

---

---

Lastschriftverfahren

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

Ort/Datum:

Unterschrift Tagesgast  
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 Tageswohnung sämtliche benötigten Angaben zur Person eingeholt werden können und entbindet damit den Arzt von der Schweigepflicht.