**Anmeldung Bifang Wohn- und Pflegezentrum**

|  |
| --- |
| **Persönliche Angaben** |
| Name und lediger Name |       |
| Vorname |       |
| Strasse (gesetzlicher Wohnsitz) |       |
| PLZ, Ort (gesetzlicher Wohnsitz) |       |
| Geburtsdatum |       |
| Telefon |       |
| Konfession |       |
| Zivilstand |       |
| Heimatort |       |
| Sozialversicherungsnummer |       |
| Gewünschter Eintritt [ ]  innerhalb 1 Monat [ ]  innerhalb 6 Monate [ ]  vorsorglich |

**Adressen von Familienangehörigen oder anderen Vertrauenspersonen**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Ansprechperson** | **Rechnungsadresse** |
| Name |       | Name |       |
| Vorname |       | Vorname |       |
| Strasse |       | Strasse |       |
| PLZ, Ort |       | PLZ, Ort |       |
| Telefon |       | Telefon |       |
| E-Mail |       | E-Mail |       |
| Verwandtschaftsgrad |       | Verwandtschaftsgrad |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Weitere Angehörige / Bezugspersonen** | **Weitere Angehörige / Bezugspersonen** |
| Name |       | Name |       |
| Vorname |       | Vorname |       |
| Strasse |       | Strasse |       |
| PLZ, Ort |       | PLZ, Ort |       |
| Telefon |       | Telefon |       |
| E-Mail |       | E-Mail |       |
| Verwandtschaftsgrad |       | Verwandtschaftsgrad |       |

|  |
| --- |
| **Für finanzielle und rechtliche Belange** |
| Beistand [ ]  Ja [ ]  Nein |  |
| Name / Vorname  |       | Strasse |       |
| PLZ, Ort |       | Telefon |       |

|  |
| --- |
| **Hausarzt** |
| Name / Vorname |       | Strasse |       |
| PLZ, Ort |       | Telefon |       |

|  |
| --- |
| **Apotheke** |
| Name |       | PLZ, Wohnort |       |

|  |
| --- |
| **Krankenkasse** |
| Name  |       | Sektion |       |
| Policennummer |       | Telefon |       |

|  |
| --- |
| **Übertritt von** |
| 🞏 Institution (Spital, Klinik, etc.) | Name Institution |       |
| 🞏 Zuhause mit Spitex | Name Spitex |       |
| 🞏 Zuhause ohne Spitex |

|  |
| --- |
| **Weitere Angaben** |
| Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?  | [ ]  Nein | [ ]  Ja | [ ]  wird beantragt |
| Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?  | [ ]  Nein | [ ]  Ja | [ ]  wird beantragt |
| Wenn ja | [ ]  leicht | [ ]  mittel | [ ]  schwer |
| Sonstige Mitteilungen |       |

Die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller ermächtigt sämtliche Behörden und deren Amtsstellen sowie die vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte, der Verwaltung des Bifang Wohn- und Pflegezentrums, die von ihr gewünschten Auskünfte zu erteilen.

Ihre Anmeldeunterlagen werden von uns streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutzgesetz.

Die Anmeldung senden Sie bitte an untenstehende Mail- oder Postadresse.

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit aller Angaben:

Ort, Datum Unterschrift