**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