**Anmeldung Alterszentrum Frohmatt**

***Angaben zur Person***

|  |  |
| --- | --- |
| Name | Vorname |
| Geburtsdatum | Geschlecht [ ]  weiblich [ ]  männlich | Sozialversicherungs-Nummer 756. |
| Strasse, Nummer | Zusatzadresse c/o |
| Postleitzahl, Wohnort | Kanton / Staat |
| Telefon Privat | Telefon Mobil |
| Steuerdomizil (PLZ, Ort, Kanton/Staat)       | seit | Heimatort / Bürgerort (für Ausländer Nationalität) |
| Zivilstand [ ]  ledig [ ]  getrennt [ ]  verheiratet [ ]  geschieden [ ]  verwitwet [ ]  eingetragene Partnerschaft | Konfession |
| Besteht eine Beistandschaft:  [ ]  ja [ ]  nein | Bei ja, bitte Adresse angeben |
| Patientenverfügung erstellt? [ ]  ja [ ]  neinVorsorgeauftrag vorhanden? [ ]  ja [ ]  nein | EPD (elektronisches Patientendossier) vorhanden?[ ]  ja [ ]  nein Freigabe / Verfügbarkeit Frohmatt klären |
| ***Personalien der nächsten Angehörigen*** |
| Name, Vorname | Wohnadresse (Strasse, Ort) |
| Telefon / Mobil (Erreichbarkeit 24 Stunden) | E-Mail-Adresse |
|  [ ]  EhepartnerIn [ ]  Sohn/Tochter [ ]  LebenspartnerIn [ ]  Schwester/Bruder | [ ]  Enkel [ ]  Freunde[ ]  Neffe / Nichte oder Bekannte |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname | Wohnadresse (Strasse, Ort) |
| Telefon / Mobil (Erreichbarkeit 24 Stunden) | E-Mail-Adresse |
|  [ ]  EhepartnerIn [ ]  Sohn/Tochter [ ]  LebenspartnerIn [ ]  Schwester/Bruder | [ ]  Enkel [ ]  Freunde[ ]  Neffe / Nichte oder Bekannte |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname | Wohnadresse (Strasse, Ort) |
| Telefon / Mobil (Erreichbarkeit 24 Stunden) | E-Mail-Adresse |
|  [ ]  EhepartnerIn [ ]  Sohn/Tochter [ ]  LebenspartnerIn [ ]  Schwester/Bruder | [ ]  Enkel [ ]  Freunde[ ]  Neffe / Nichte oder Bekannte |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname | Wohnadresse (Strasse, Ort) |
| Telefon / Mobil (Erreichbarkeit 24 Stunden) | E-Mail-Adresse |
|  [ ]  EhepartnerIn [ ]  Sohn/Tochter [ ]  LebenspartnerIn [ ]  Schwester/Bruder | [ ]  Enkel [ ]  Freunde[ ]  Neffe / Nichte oder Bekannte |

***Hausarzt***

|  |  |
| --- | --- |
| Hausarzt/Hausärztin | Praxisadresse |
| Telefon       |  |

***Zahnarzt***

|  |  |
| --- | --- |
| Zahnarzt/Zahnärztin | Praxisadresse |
| Datum letzte Konsultation       |  |

***Anmeldung für***

|  |  |
| --- | --- |
|  [ ]  Ferienaufenthalt  [ ]  temporärer Aufenthalt / ÜP / AÜP [ ]  Langzeitaufenthalt | von:  bis: von:  bis:  ab:  |
| Gewünschte Zimmerkategorie [ ]  1-Bettzimmer [ ]  2-Bettzimmer |

***Krankenkasse Grundversicherung (KVG)***

|  |
| --- |
| Name  |
| Adresse | Versicherten-Nr. |
| ***Weitere Unterstützungseinnahmen*** |  |
| **Zusatzleistungen zur AHV (EL) ja [ ]  nein [ ]**  |
| Nummer und Datum einer gültigen Verfügung | Name der Ausgleichskasse |
| **Hilflosenentschädigung zur AHV leichte [ ]  mittlere [ ]  schwere [ ]  nein [ ]**  |
| ***Rechnungsadresse (für Aufenthaltskosten und private Bezüge)*** |
| Name | Vorname |
| Strasse, Nummer | Postleitzahl, Ort |
| Telefon / Mobil | E-Mail-Adresse**Heimrechnung per Mail 🡪 ja** [ ]  **/ nein** [ ]  |

***Bezug Pflegeleistung/en durch Privat-, oder Gemeinde-Spitex***

|  |
| --- |
| [ ]  ja [ ]  nein |

***Therapien***

|  |
| --- |
| [ ]  ja [ ]  nein[ ]  Physiotherapie [ ]  Ergotherapie [ ]  weitere  |

***Unterschrift***

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum | Unterschrift des Interessenten oder des gesetzlichen Vertreters |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bitte senden Sie uns zusammen mit dem Formular eine Kopie Ihrer ID oder Pass und Ihrer Krankenkassen-Karte (Schweizerische Krankenversicherungskarte KVG)** | *Zu senden an:*Frohmatt / BettendispositionBürgerheimstrasse 8-128820 Wädenswil |