**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  nein  Vorsorgeauftrag 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 / Bettendisposition  Bürgerheimstrasse 8-12  8820 Wädenswil |