

Langzeitaufenthalt: Kurzaufenthalt: Kurzaufenthalt mit Standortgespräch:

Die Anmeldung ist: dringend: vorsorglich:

Personalien der/des zukünftigen Bewohnerin/ Bewohner:

Name:	_____	Vorname:	_____
lediger Name:	_____	Adresse:	_____
PLZ / Ort:	_____	Gemeinde, wo Schriften sind:	_____
Zivilstand:	_____	Geburtsdatum / Geburtsort:	_____
Heimatort:	_____	Konfession:	_____
Name / Vorname der Mutter:	_____	Name / Vorname des Vaters:	_____
Name der Mutter als ledig:	_____	AHV-Nr.:	_____
Krankenkasse:	_____	KK-Nr:	_____

(Bitte bei Eintritt Kopien folgender Dokumente mitbringen: Niederlassungsbewilligung oder Familienbüchlein, AHV-Ausweis, aktuelle Krankenkassen-Police und Krankenkassenkarte.)

Besonderes: (ich wünsche)

Telefon im Zimmer ja: nein:

Meine alte Tel. Nr. im Heim ja: nein:

TV im Zimmer ja: nein:

Berufliche Tätigkeiten: _____

Persönliche Interessen / Hobbys: _____

Bemerkungen: _____

Finanzielles:

Zuständig für finanzielle Angelegenheiten (**Rechnungsadresse**):

Bewohner / in selber:

Angehörige / Freund:

Beistand / Beiständin: (**Bitte bei Eintritt Kopie der Verfügung mitbringen.**)

Personalien der zuständigen Kontaktperson / BeiständIn: (*VG = Verwandtschaftsgrad)

Name		*VG	
/Vorname:	_____		_____
Adresse:	_____	PLZ / Ort:	_____
Tel.-Nr./	_____	E-Mail:	_____
Natelnr:	_____		_____

Ergänzungsleistungen: ja: (**Bitte bei Eintritt Kopie der Verfügung mitbringen.**) nein:

Hilflosenentschädigung: : ja: (**Bitte bei Eintritt Kopie der Verfügung mitbringen.**) nein:

Vorsorgeauftrag vorhanden ja: (**Bitte bei Eintritt Kopie mitbringen.**) nein:

Patientenverfügung vorh. ja: (**Bitte bei Eintritt Kopie mitbringen.**) nein:

Betreuung durch Heimarzt ja: (**Ich bin einverstanden.**) nein:

Heimarzt: Dr. Markus Käser, Sumiswald wenn nein Name und Ort des Arztes:

Angehörige/ wichtige Bezugspersonen

(*VG = Verwandtschaftsgrad)

Name		*VG	
/Vorname:	_____		_____
Adresse:	_____	PLZ / Ort	_____
Tel.-Nr./	_____	E-Mail:	_____
Natelnr:	_____		_____

Name		*VG	
/Vorname:	_____		_____
Adresse:	_____	PLZ / Ort	_____
Tel.-Nr./	_____	E-Mail:	_____
Natelnr:	_____		_____

Vollmacht:

Heimleitung sowie HeimärztInnen werden hiermit ausdrücklich ermächtigt, die zur Erfüllung ihres Auftrages notwendigen Unterlagen (Berichte, Arztzeugnisse, Gutachten usw.) bei den zuständigen Stellen zur Einsichtnahme anzufordern und einzusehen. Ausserdem wird die zuständige IV-Stelle bzw. Ausgleichskasse zur Auskunftserteilung der Heimleitung gegenüber ermächtigt.

Der / die Unterzeichnende bestätigt, dass er / sie über die Heimtarife und die Heimfinanzierung informiert wurde.

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte Heimatausweis bei Ihrer Gemeindeverwaltung beziehen und der Gemeindeverwaltung Trachselwald in Heimisbach zur Anmeldung abgeben.