

---

**Anmeldeformular / Personalien**

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  
die Schriften sind): \_\_\_\_\_  
Zivilstand: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Natelnummer: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Heimatort: \_\_\_\_\_ AHV-Nr.: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ KK-Nr: \_\_\_\_\_  
Name Ehegatte: \_\_\_\_\_ Datum Todestag  
Ehegatte: \_\_\_\_\_

**(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 /Vorname: \_\_\_\_\_ \*VG \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr./ NatelNr: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ergänzungsleistungen: ja:  (Bitte bei Eintritt Kopie 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 /Vorname: \_\_\_\_\_ \*VG \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr./ NatelNr: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Name /Vorname: \_\_\_\_\_ \*VG \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr./ NatelNr: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**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.**