

---

**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: <input type="checkbox"/>	nein: <input type="checkbox"/>
Meine alte Tel. Nr. im Heim	ja: <input type="checkbox"/>	nein: <input type="checkbox"/>
TV im Zimmer	ja: <input type="checkbox"/>	nein: <input type="checkbox"/>

**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 / BeiständlIn: (\*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.**