**Anmeldung**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|[ ]  Tageszentrum |[ ]  Wohngruppe für Menschen mit Demenz | [ ]  gemischte Wohngruppe |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|[ ]  unbefristet |[ ]  befristet | [ ]  vorsorglich | [ ]  dringend |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  | (Bei Frauen auch Mädchenname) |
| Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Adresse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| PLZ/Wohnort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Telefon: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Momentaner Aufenthaltsort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Wohnsitzgemeinde: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Heimatort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. | Geburtsort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Beruf: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Konfession: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zivilstand: |[ ]  ledig |[ ]  verwitwet von: |
|  |[ ]  verheiratet |[ ]  geschieden von: |
| Sozialversicherungsnummer | 756.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ]  AHV-Rente [ ]  PK-Rente [ ]  IV-Rente [ ]  Vermögen vorhandenErgänzungsleistungen: [ ]  ja [ ]  nein [ ]  beantragt Hilflosenentschädigung: [ ]  ja [ ]  nein [ ]  beantragt Besteht eine Beistandschaft: [ ]  ja [ ]  nein [ ]  beantragtfalls ja, bitte Kopie der Ernennungsurkunde beilegenPatientenverfügung: [ ]  ja [ ]  neinfalls ja, bitte beim Eintritt mitbringenVorsorgeauftrag: [ ]  ja [ ]  nein |
| Hausarzt: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wechsel zum Heimarzt des Zentrums Schönberg? [ ]  Ja [ ]  Nein  |
| Adresse Krankenkasse und Versicherten-Nr.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |

Bitte bringen Sie uns die Krankenkassenkarte oder eine Kopie beim Eintritt mit oder legen Sie diese der Anmeldung bei.

**Bitte Rückseite beachten**

|  |  |
| --- | --- |
| **Allfälliger gesetzlicher Vertreter** |  |
| Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |[ ]  Beistand/Beiständin |
| Strasse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | PLZ/Ort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |  |
| Tel. P: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Tel. G: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |  |
| Natel: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | E-Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| **Kontaktadresse Angehörige** | **Beziehung** |
| Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |[ ]  Partner/-in |
| Strasse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | PLZ/Ort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |[ ]  Tochter/Sohn |
| Tel. P: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Tel. G: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |[ ]  Nichte/Neffe |
| Natel: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | E-Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |[ ]
| **Kontaktadresse Angehörige** | **Beziehung** |
| Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |[ ]  Partner/-in |
| Strasse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | PLZ/Ort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |[ ]  Tochter/Sohn |
| Tel. P: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Tel. G: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |[ ]  Nichte/Neffe |
| Natel: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | E-Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |[ ]
| **Kontaktadresse Angehörige** | **Beziehung** |
| Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |[ ]  Partner/-in |
| Strasse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | PLZ/Ort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |[ ]  Tochter/Sohn |
| Tel. P: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Tel. G: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |[ ]  Nichte/Neffe |
| Natel: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | E-Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |[ ]
| Person, welche den Vertrag unterschreibt: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |
|  |
| Person oder Institution, an welche die Rechnungen zu senden sind und die auch gegenüber dem Zentrum Schönberg für eine termingerechte Begleichung verantwortlich ist (Name, Vorname, Adresse, Telefon, Natel und E-Mail): |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |
|  |  |
|  |  |
| Ort und Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  Unterschrift: |

 (angemeldete Person oder gesetzl. Vertretungsperson)