

- o Eintritt ins Senioren- und Spitex-Zentrum
- o Feriengast  
(bitte ankreuzen)

- o Setzen Sie mich bitte auf die  
Warteliste

# Anmeldung

Wir wollen viel von Ihnen wissen, damit wir den Eintritt in unser Zentrum möglichst optimal vorbereiten können. Selbstverständlich garantieren wir Ihnen, dass Ihre Informationen vertraulich behandelt werden.

## Familienname:

\_\_\_\_\_  
(Bei Ehefrauen und Witwen auch Mädchenname)

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**AHV Nr.:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
(Tag, Monat, Jahr)

**Geburtsort:** \_\_\_\_\_

## Elternnamen:

\_\_\_\_\_  
(Name und Vorname (n) des Vaters, Vorname (n) und Mädchenname der Mutter)

**Heimatort:** \_\_\_\_\_

**Kanton:** \_\_\_\_\_

## Bisherige Adresse:

\_\_\_\_\_  
(Strasse, Hausnummer, Ort, Telefon)

## Gegenwärtiger Aufenthaltsort:

\_\_\_\_\_  
(eigener Haushalt, bei Familienangehörigen, in einem Heim oder Spital)

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Konfession:** \_\_\_\_\_

**Zivilstand:**  ledig

verheiratet

geschieden

verwitwet

verheiratet mit

verwitwet seit \_\_\_\_\_

## Adressen und Telefon Nr. von Angehörigen oder Verwandten (alle Kinder):

(Bitte Verwandtschaftsgrad erwähnen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Gesetzliche Vertreter/in:** \_\_\_\_\_  
(Name, Adresse, Telefon)

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_  
(Name, Adresse, Telefon)

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_  
(Name, Adresse, Telefon)

**Mitglied Nr.:** \_\_\_\_\_

privat                       halbprivat                       allgemein

**Benötigen Sie eine vom Arzt verordnete Diät?** \_\_\_\_\_

**Wer verpflichtet sich zur Zahlung der Kosten?**  
(Name, Adresse, Telefon)  
\_\_\_\_\_

**Bankverbindung** \_\_\_\_\_  
(Name, Adresse, Kontonummer)

**(LSV) Kontoinhaber/in:**  
\_\_\_\_\_

**Gewünschter Eintrittstermin:** \_\_\_\_\_                      **Namenbänder gewebt:**  
mit annähen     ohne annähen   
(Beschriftung der Kleidung)

**Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung ?**

Nein                       Ja    Betrag: Fr. \_\_\_\_\_ pro Monat

Wenn nein, angemeldet? \_\_\_\_\_

**Besondere Wünsche oder persönliche Mitteilungen:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum  
\_\_\_\_\_

Unterschrift  
\_\_\_\_\_

**Bitte legen Sie der Anmeldung die folgenden Unterlagen bei:**

- Versicherungsausweis der Krankenkasse
- Ausgefülltes LSV-Formular
- ärztliches Aufnahmezeugnis

- 1 Wegleitung
- 1 Ärztliches Aufnahmezeugnis
- 1 Taxordnung
- 1 Heimreglement
- 1 Wie wird ein Zentrumsplatz finanziert

**Senioren Zentrum**  
Heidenerstrasse 9  
Postfach 262,  
9034 Eggersriet

Tel.: 071 878 68 68  
Fax.: 071 878 68 69  
Email: seniorenzentrum@swissonline.ch

Bankverbindung:  
Raiffeisenbank Eggersriet  
Konto 21843.23, Bankenclearing 81244