

ANMELDE-FORMULAR

Wir bitten Sie, nachstehende Fragen möglichst vollständig zu beantworten und uns den ausgefüllten Fragebogen wieder zuzusenden.

Fragen		Antworten					
1.	Name / Vorname						
2.	Geburtsdatum						
3.	wenn minderjährig, Name der Eltern						
4.	Adresse	Strasse					
		PLZ / Wohnort					
		Telefonnummer					
5.	Steuerdomizil						
6.	Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden		
7.	Anzahl Kinder	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> :
8.	Konfession	<input type="checkbox"/> kath.	<input type="checkbox"/> ref.	<input type="checkbox"/> :			
9.	Sozialversicherungsnummer						
10.	Beruf						
11.	Hausarzt	Name					
		Adresse					
		Telefonnummer					
	Macht der Arzt Visite im Blickfeld?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> nein			
12.	Name der Krankenversicherung						
	Adresse der Krankenversicherung						
	Kopie der Krankenkassen-Karte beilegen	<input type="checkbox"/> erledigt					
	Versicherungsklasse	<input type="checkbox"/> Allg.	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat			
13.	In welche Abteilung möchten sie eintreten?	<input type="checkbox"/> Pflege (Feriengast) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
		<input type="checkbox"/> Wohnen					
14.	Möchten Sie in der Arbeit & Agogik arbeiten? <i>(nur für Werktätige bis zum AHV-Alter)</i>	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> nein			
15.	Sind Sie blind oder stark sehbehindert?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> nein			
16.	Haben, hatten Sie Kontakt zu einer Beratungsstelle?	<input type="checkbox"/> Ja, welche:		<input type="checkbox"/> nein			
17.	Wünschen Sie einen Telefonanschluss?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> nein			
18.	Wünschen Sie Internetanschluss?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> nein			
19.	Beziehen Sie eine Invaliden- oder Altersrente?	<input type="checkbox"/> AHV	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> nein			
20.	Beziehen Sie Ergänzungsleistung ?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> nein			
21.	Beziehen Sie Hilflosenentschädigung ? Falls ja, bitte Kopie beilegen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer		
		<input type="checkbox"/> nein					
22.	Beziehen Sie Sozialhilfeleistungen?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> nein			
23.	Kopie der letzten Steuererklärung inkl. Beilagen	<input type="checkbox"/> erledigt					

Fragen		Antworten	
24.	Vorsorgeauftrag vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja Kopie beilegen
25.	<input type="checkbox"/> Personensorge <input type="checkbox"/> Vermögensverwaltung	<input type="checkbox"/> Vertretung Rechtsverkehr	
26.	Patientenverfügung vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja Kopie beilegen
27.	Wurden Sie in den vergangenen Monaten gegen Covid-19 positiv getestet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja Wann:
28.	Wurden Sie gegen Covid-19 geimpft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja 1. Impfung: 2. Impfung: Wirkstoff:
29.	An wen ist die Pensionsrechnung zu richten? Bitte Adressblatt vollständig ausfüllen. (Seite 3 und 4)	<input type="checkbox"/> Bewohnende oder Adressblatt: <input type="checkbox"/> 1. Kontaktperson <input type="checkbox"/> 2. Kontaktperson <input type="checkbox"/> 3. Kontaktperson <input type="checkbox"/> Beistand <input type="checkbox"/> Diverse	
30.	Haben Sie die Informationsmappe erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
31.	Haben Sie ein Informationsgespräch gehabt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
32.	Bemerkungen		
31.	Ort/ Datum/ Unterschrift		

Adressblatt

Name/Vorname: _____

1. Kontaktperson	Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name/Vorname:	
Strasse, Postfach:	
PLZ/Ort:	
Tel.-Nr.:	
Natel-Nr.:	
Mail:	
Beziehung:	
2. Kontaktperson	Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name/Vorname:	
Strasse, Postfach:	
PLZ/Ort:	
Tel.-Nr.:	
Natel-Nr.:	
Mail:	
Beziehung:	
3. Kontaktperson	Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name/Vorname:	
Strasse, Postfach:	
PLZ/Ort:	
Tel.-Nr.:	
Natel-Nr.:	
Mail:	
Beziehung:	
Beistand (Kopie Entscheid KESB beilegen)	Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name/Vorname:	
Strasse, Postfach:	
PLZ/Ort:	
Tel.-Nr.:	
Natel-Nr.:	
Mail:	
Art der Beistandschaft:	
Hausarzt	Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name/Vorname:	
Strasse, Postfach:	
PLZ/Ort:	
Tel.-Nr.:	
Mail:	

Augenarzt	Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name/Vorname:	
Strasse, Postfach:	
PLZ/Ort:	
Tel.-Nr.:	
Mail:	
Zahnarzt	Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name/Vorname:	
Strasse, Postfach:	
PLZ/Ort:	
Tel.-Nr.:	
Mail:	
Physiotherapie	Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name/Vorname:	
Strasse, Postfach:	
PLZ/Ort:	
Tel.-Nr.:	
Mail:	
sonstige Therapien	Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Art der Therapie:	
Name/Vorname:	
Strasse, Postfach:	
PLZ/Ort:	
Tel.-Nr.:	
Mail:	
Diverses	Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Was:	
Name/Vorname:	
Strasse, Postfach:	
PLZ/Ort:	
Tel.-Nr.:	
Mail:	