

**Anmeldeformular** !Bitte das Formular vollständig ausfüllen !

- Eintritt**     
  **Demenzwohngruppe**     
  **Daueraufenthalt**     
  **Warteliste**  
 **Kurzaufenthalt**

**PERSONALIEN**

Name: .....	Vorname: .....
PLZ/Ort: .....	Strasse/Nr.: .....
Geburtsdatum: .....	Telefon Nr.: .....
Zivilstand: .....	Konfession: .....
Heimatort: .....	AHV-Nr.: .....

*Wohnsitzbescheinigung erforderlich, bitte beim Einwohneramt einholen und im Heim abgeben*

Gegenwärtiger Aufenthaltsort: .....

**ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN**

**1. Bezugsperson**

Name: .....

Vorname: .....

Strasse/Nr.: .....

PLZ/Ort: .....

Tel. Privat: .....

Tel. Geschäft: .....

Natel: .....

Email: .....

Verwandtschaftsgrad: .....

**2. Bezugsperson**

Name: .....

Vorname: .....

Strasse/Nr.: .....

PLZ/Ort: .....

Tel. Privat: .....

Tel. Geschäft: .....

Natel: .....

Email: .....

Verwandtschaftsgrad: .....

**3. Bezugsperson**

Name: .....

Vorname: .....

Strasse/Nr.: .....

PLZ/Ort: .....

Tel. Privat: .....

Tel. Geschäft: .....

Natel: .....

Email: .....

Verwandtschaftsgrad: .....

**4. Bezugsperson**

Name: .....

Vorname: .....

Strasse/Nr.: .....

PLZ/Ort: .....

Tel. Privat: .....

Tel. Geschäft: .....

Natel: .....

Email: .....

Verwandtschaftsgrad: .....

## HAUSARZT

Name: ..... Vorname: .....  
Strasse: ..... PLZ/Ort: .....  
Telefon Nr.: ..... Fax Nr.: .....

Wollen Sie Ihren Hausarzt behalten?  ja  nein

## KRANKENKASSE

Gesellschaft: ..... Vers. Nr.: .....  
PLZ/Ort: .....

**+ WICHTIG:** Krankenkassen Karten Nummer: .....  
Gültigkeit (Datum) Krankenkassen Karte: .....

## FINANZIELLES

1.  Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe  
(Sie sind zugleich Korrespondenz- und Rechnungsempfänger)

2.  Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson für Sie

Name: .....  
Vorname: .....  
Strasse/Nr.: .....  
PLZ/Ort: .....  
Telefon Nr.: .....  
Natel: .....  
Email: .....

(Diese Person ist Rechnungsempfänger)

Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung?  ja  nein

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen?  ja  nein

\*Haben Sie eine Patientenverfügung?  ja  nein

\*Besteht ein Vorsorgeauftrag?  ja  nein

*\* bitte anliegendes Formular ergänzen und unterzeichnet zusammen mit diesem  
Anmeldeformular retournieren – danke*

## ANGABEN ZUM EINTRITT

Gewünschter Eintrittstermin: .....

Aufnahme in:  1er-Zimmer  2er-Zimmer

Wünschen Sie ein hausinternes Telefon/Handy?  ja  nein

Ort, Datum: ..... Unterschrift (Antragsteller, Angehöriger): .....

Altstätten, ..... .....