

## Anmeldeformular für Eintritt

- Daueraufenthalt       Gastaufenthalt       Akut- und Übergangspflege  
AÜP (14 Tage)  
 Anmeldung für Interessentenliste

Bitte das Formular **vollständig** ausfüllen und der Administration für die Aufnahme abgeben.  
Die **gelb markierten Felder** müssen **ZWINGEND** vor Eintritt ausgefüllt sein, um Sie im System erfassen zu können.

### Personalien und allgemeine Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon Nr.: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_ AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Schriften deponiert in: \_\_\_\_\_

Gegenwärtiger Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_

Name und Vorname des  Ehe- oder  Lebenspartners:  
\_\_\_\_\_

### Angehörige / Kontaktpersonen oder Gesetzliche Vertretung

1. Bezugsperson	2. Bezugsperson
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____	Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____	PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____	Tel. Privat: _____
Tel. Geschäft: _____	Tel. Geschäft: _____
Natel: _____	Natel: _____
E-Mail: _____	E-Mail: _____
Art Bezugsverhältnis: _____	Art Bezugsverhältnis: _____

**3. Bezugsperson**

Name: \_\_\_\_\_

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

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

Natel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Art Bezugsverhältnis: \_\_\_\_\_

**4. Bezugsperson**

Name: \_\_\_\_\_

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

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

Natel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Art Bezugsverhältnis: \_\_\_\_\_

**Ärztliche Zeugnisse vom Hausarzt und Augenarzt**

Als separate Beilage zu dieser Anmeldung erhalten Sie die Formulare für ein hausärztliches und augenärztliches Zeugnis. Wir benötigen die Zeugnisse für Ihren Eintritt.

Augenärztliches Zeugnis

Beilage

Nachsendung

Ärztliches Zeugnis

Beilage

Nachsendung

**Hausarzt Kontaktangaben**

Name: \_\_\_\_\_

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

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Wünschen Sie weiterhin durch Ihren Hausarzt betreut zu werden?

ja

nein

**Augenarzt Kontaktangaben**

Name: \_\_\_\_\_

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

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Psychologisch-Psychiatrisches Konzil**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Wünschen Sie weiterhin durch Ihren Psychiater betreut zu werden?  ja  nein

**Zahnarzt**

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse (Bitte Kopie KK Ausweis beilegen)**

**Grundversicherung (KK und Unfall)**

KK-Name: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Police Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
KK-Kartennummer: \_\_\_\_\_

**Zusatzversicherung**

KK-Name: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Police Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Finanzielles / Rechnungsempfänger (Bitte Zutreffendes mit x bezeichnen)**

Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und sind Rechnungsempfänger

Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson und ist Rechnungsempfänger (bitte um Kontaktangaben)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Art Bezugsverhältnis: \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben**

Werden die Aufenthaltskosten privat übernommen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie AHV?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Erhalten Sie Ergänzungsleistungen?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> 1. Grad <input type="checkbox"/> 2. Grad	<input type="checkbox"/> 3. Grad
<b>Erhalten Sie IV Rente?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> IV-Vollrente	<input checked="" type="checkbox"/> IV-Teilrente
Haben Sie eine Patientenverfügung? <i>(Wenn ja, bitte Kopie beilegen)</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Haftpflichtversicherung? <i>(Wenn ja, bitte Kopie beilegen)</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls Nein, möchten Sie eine über die Mühlehalde abschliessen? <i>(Kosten gemäss Taxordnung)</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mitglied Blindenverband	<input type="checkbox"/> ZSH <input type="checkbox"/> SBZ <input type="checkbox"/> anderer: _____	<input type="checkbox"/> nein

**Persönliche Wünsche (Kosten gemäss Taxordnung, Anhang III)**

Wünschen Sie einen Telefonanschluss <i>(Telefon Apparat wird zur Verfügung gestellt)</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wünschen Sie einen Radio-/TV-Anschluss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wünschen Sie einen Internetanschluss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ihr Wunschtermin für den Eintritt: \_\_\_\_\_

Wünschen Sie ein Probewohnen:     ja, in welchem Zeitraum: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 nein

**Art und Grad der Sehbehinderung**

Sehbehinderung	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> vollblind seit _____
Kenntnis Langstock	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> keine

**Vorlieben**

Haben Sie besondere Vorlieben?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Was ist Ihnen besonders wichtig?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

---

**Weitere Mitteilungen**

---

---

---

Wir weisen darauf, dass über eine Aufnahme erst nach den notwendigen Abklärungen entschieden werden kann und somit mit der Anmeldung keine Aufnahme zugesichert ist.  
Der/Die Unterzeichnete nimmt zur Kenntnis, dass bei Eintritt in das Wohnheim Mühlehalde ein separater Pensionsvertrag mit der Bewohnerin oder dem Bewohner abgeschlossen wird.

Ort, Datum

die/der BewerberIn

evtl. gesetzlicher Vertreter

---

---

---