

## Anmeldeformular für Eintritt

- Daueraufenthalt       Gastaufenthalt       AÜP (14 Tage)  
 Anmeldung für Interessentenliste

Bitte das Formular vollständig ausfüllen und der Administration für die Aufnahme abgeben.

### 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

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

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

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

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

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

Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

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

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

Art Bezugsverhältnis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 2. Bezugsperson

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

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

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

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

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

Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

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

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

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  
Ärztliches Zeugnis Beilage  
 Beilage Nachsendung  
 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: \_\_\_\_\_

**Zahnarzt**

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

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

**Hörberatung**

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

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

**Krankenkasse (Bitte Kopie KK Ausweis beilegen)****Grundversicherung (KK und Unfall)**

KK-Name: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Police Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**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  ja  nein  
 Erhalten Sie AHV?  ja  nein  
 Erhalten Sie Ergänzungsleistungen?  ja  nein  
 Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung?  ja  nein  
 1. Grad  2. Grad  3. Grad  
 Erhalten Sie IV Rente?  IV-Vollrente  IV-Teilrente  
  
 Haben Sie eine Patientenverfügung?  ja  nein  
 Haben Sie einen Vorsorgeauftrag?  ja  nein  
 (Wenn ja, bitte Kopie beilegen)
- Mitglied Blindenverband  ZSH  SBZ  anderer: \_\_\_\_\_  nein

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

- Wünschen Sie einen Telefonanschluss  ja  nein  
 (Telefon Apparat wird zur Verfügung gestellt)
- Wünschen Sie einen Radio-/TV-Anschluss  ja  nein  
 Wünschen Sie einen Internetanschluss  ja  nein

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

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

### Art und Grad der Sehbehinderung

- Sehbehinderung  leicht  stark  vollblind seit \_\_\_\_\_
- Kenntnis Langstock  gut  mittel  schwach  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

---

---

---