

## Formular Anmeldung

### Grund der Anmeldung

Daueraufenthalt:

Kurzaufenthalt:  (bis 90 Tage möglich)  Ferien  Entlastung  schnuppern

Anmeldung ist:  dringend  vorsorglich gewünsches Datum: \_\_\_\_\_

### Personalien der/des zukünftigen Bewohnenden:

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

Lediger Name: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse Grundversicherung: \_\_\_\_\_

Versichertenkarten-Nr. (20-stellig) \_\_\_\_\_

Krankenkasse Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Versichertenkarten-Nr. (20-stellig) \_\_\_\_\_

Vorname Mutter: \_\_\_\_\_ Vorname Vater: \_\_\_\_\_

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

Bitte bei Eintritt mitbringen:

- Versicherungskarte(n)

**Angehörige / wichtige Bezugspersonen:**

(\*VG = Verwandtschaftsgrad)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ \*VG: \_\_\_\_\_

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

Tel./Natel: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ \*VG: \_\_\_\_\_

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

Tel./Natel: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**zur Person:**

erlernter Beruf / spätere Tätigkeiten: \_\_\_\_\_

Interessen / Hobbys: \_\_\_\_\_

bisheriger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

Wissenswertes: \_\_\_\_\_

Hausärztin/-arzt (Adresse): \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. Hausärztin/-arzt: \_\_\_\_\_

**Finanzielles:**

Zuständig für finanzielle Angelegenheiten (**Rechnungsadresse**):

Bewohnende/r selbst  Kontaktperson  Beiständin/Beistand  (Kopie Verfügung beilegen)

**Personalien zuständige Kontaktperson / Beiständin/Beistand:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ \*VG: \_\_\_\_\_

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

Tel./Natel: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätigt obengenannte Person, dass die Verantwortung für die finanziellen Verpflichtungen gegenüber dem Betrieb übernommen wird:

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ergänzungsleistung: Ja  (Kopie Verfügung mitbringen) Nein   
Hilflosenentschädigung: Ja  (Kopie Verfügung mitbringen) Nein   
Patientenverfügung: Ja  (bitte Kopie mitbringen) Nein  erwünscht   
Elektronisches Patienten-  
dossier EPD Ja  (bitte mitbringen) Nein

Arztbetreuung: Ich wünsche vom Heimarzt betreut zu werden und melde mich bei meinem Hausarzt ab. ja  nein

Bitte beachten Sie, dass wir bei jeder Anmeldung auf ein ärztliches Zeugnis angewiesen sind und wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie dieses zu dieser Anmeldung beilegen.

Sie ermöglichen uns damit, ein passendes und Ihren Bedürfnissen entsprechendes Zimmer zu organisieren. Besten Dank für Ihre Bemühungen und das Verständnis.

**Bemerkungen:**

**Diese Anmeldung wurde ausgefüllt durch:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Tel./Natel: \_\_\_\_\_

Verhältnis zur an-  
zumeldenden Per-  
son: \_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Der Einzug in das Wohn- und Pflegeheim Utzigen erfolgt nach Dringlichkeit. Es ist deshalb sinnvoll, nach der Anmeldung miteinander im Gespräch zu bleiben.

Sehr gerne laden wir Sie zu einer Betriebsbesichtigung ein.

Der Fachbereich Sozialberatung des Wohn- und Pflegeheims Utzigen, Tel. 031 838 21 14

## **Lebenslauf (fakultativ)**

**Kindheit / Familie / Geschwister (welche Geschwister leben heute noch?)**

**Lebensabschnitte (wie und wo aufgewachsen)**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Wo und wie verbrachte er/sie die letzte Zeit?**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Besuchte Schulen / Ausbildung**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

---

---

---



**Freizeitbeschäftigung / Hobby**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

---

---

---

---

---

---

---

---

**Wissenswertes zur Art / Charakterzüge**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

---

---

---

---

---

---

---

---