

eingegangen am:

bestätigt am:

erfasst am:

## Anmeldung

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgliche Anmeldung | <input type="checkbox"/> Dringliche Anmeldung             |
| <input type="checkbox"/> Einzelbewerbung        | <input type="checkbox"/> Paarbewerbung                    |
| <input type="checkbox"/> Wohngruppe für Demenz  | <input type="checkbox"/> Tagesplatz Wohngruppe für Demenz |

## Personalien

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Zivilstand:
Heimatort:	Konfession:
Soz. Vers. Nr: 756. ....	Telefon:
Frühere Tätigkeit:	Mailadresse:
Aktuelle Adresse:	
Besteht ein Vorsorgeauftrag:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Mitgliedschaft in einer Sterbehilfeorganisation:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## Personalien des Ehegatten

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Soz. Vers. Nr:
Heimatort:	Konfession:

In einem Notfall entsprechen diese Angaben den **ersten Kontaktpersonen** für das Heim:

### Angehörige / Bekannte

### Prioritätsstufe 1

Name:	Verwandtschaftsgrad:
Vorname:	Telefon Privat/Geschäft:
Strasse:	Mobile:
PLZ/Ort:	E-Mail:

### Angehörige / Bekannte

### Prioritätsstufe 2

Name:	Verwandtschaftsgrad:
Vorname:	Telefon Privat/Geschäft:
Strasse:	Mobile:
PLZ/Ort:	E-Mail:

### Angehörige / Bekannte

### Prioritätsstufe 3

Name:	Verwandtschaftsgrad:
Vorname:	Telefon Privat/Geschäft:
Strasse:	Mobile:
PLZ/Ort:	E-Mail:

### Hausarzt

### Hausarzt des Ehegatten

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

### Krankenkasse

### Krankenkasse des Ehegatten

Name:	Name:
Strasse:	Strasse:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Telefon/Fax:	Telefon/Fax:
Mitglieder-Nr.	Mitglieder-Nr.

### Gesundheitszustand

Nehmen Sie bereits fremde Hilfe (z.B. Spitex) in Anspruch: [ ] ja [ ] nein

Wenn ja, Kontaktdaten zuständige Person:	
Name:	Vorname:
Strasse:	Telefon/Fax:
PLZ/Ort:	

Der/Die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der gemachten Angaben und ermächtigt den Vertrauensarzt der Grünhalde beim angegebenen Hausarzt allenfalls medizinische Auskünfte einzuholen.

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt. Wir machen Sie ausdrücklich darauf aufmerksam, dass mit der Entgegennahme dieser Anmeldung noch keine Zusicherung für eine Aufnahme gegeben ist.

Die Leistungen gegenüber Bewohnern sind in einer separaten Taxordnung festgehalten. Die Unterzeichnende/der Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass vor Eintritt in die Grünhalde resp. bei Vertragsabschluss eine unverzinsten Sicherheitsleistung von CHF 8'000.00 pro Bewohner fällig wird. Es ist Sache der Neueintretenden, diese Kosten aus Eigenmitteln zu finanzieren.

Wir bitten Sie, sich bei uns zu melden, falls Ihre Anmeldung nicht mehr aktuell ist oder allfällige Änderungen zu berücksichtigen sind. Vielen Dank.

Ort/Datum:

Unterschrift: