



## VEREIN FÜR ALTERSSIEDLUNGEN NEUENHOF

### Langzeitpflege

Sonnmattweg 2, 5432 Neuenhof

Tel. 056 406 38 83 / Fax 056 406 38 85

[pflege@sonnmatt-neuenhof.ch](mailto:pflege@sonnmatt-neuenhof.ch)

## Anmeldung Aufnahme in Pflegestation

*Wir empfehlen Ihnen, eine Anmeldung erst einzureichen, wenn eine höhere Dringlichkeit besteht, Sie also zum Beispiel innert Wochen- oder Monatsfrist auch eintreten können.*

### Personalien

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

Ledigenname: \_\_\_\_\_ Heimatort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Sozialversicherungs-Nr.: **756.**

Name, Adresse/Mail Hausarzt: \_\_\_\_\_

Zivilstand:  verheiratet,  Konkubinat,  ledig,  geschieden,  verwitwet,  getrennt

mit/von Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Name und Vorname des Vaters: \_\_\_\_\_

Name, Ledigenname und Vorname der Mutter: \_\_\_\_\_

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

**Kontaktperson** (Hauptansprechpartner): Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

**Angehörige:** Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

**Angehörige:** Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

## Anmeldung Aufnahme in Pflegestation

### **Angehörige:**

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

### **Gesetzliche Vertretung (Beistand):**

Art der Beistandschaft: \_\_\_\_\_

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

### **Rechnungsempfänger:**

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

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

### **Krankenkasse:**

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr: \_\_\_\_\_

### **Sozialhilfe:**

beantragt: Datum \_\_\_\_\_,  auf Bescheid wartend

nein,  abgelehnt

ja

### **Ergänzungsleistungen:**

beantragt: Datum \_\_\_\_\_,  auf Bescheid wartend

nein,  abgelehnt

ja

### **Hilflosenentschädigung:**

beantragt: Datum \_\_\_\_\_,  Jahresfrist abwartend,  auf Bescheid wartend

nein,  abgelehnt

ja,  leicht,  mittel,  schwer