

Anmeldeformular

Personalien

Vorname, Name			
Strasse, PLZ, Ort			
Tel.-Nr. (P, G, Mobile)			
Email-Adresse	Info-Mails erwünscht	Ja ☐	Nein ☐
Geburtsdatum	AHV-Nr.		
Konfession	Zivilstand		
Heimatort	Kanton		
Nationalität	Gesetzl. Wohnsitz		

Anmeldung

Alters- und Pflegeheim	☐ vorsorglich	☐ dringlich	☐ Ferien
Alterswohnungen mit Dienstleistungen (ab 2026)	☐ vorsorglich	☐ dringlich	
EL-Bezüger	☐ Ja	☐ Nein	<i>Wenn ja, bitte Bestätigung beilegen</i>
Heimarzt (empfohlen)	☐ Ja	☐ Nein	
Tel.-Nr. mitnehmen	☐ Ja	☐ Nein	<i>siehe Merkblatt Einzug</i>
Kollektiv-/Privathaftpflichtversicherung *	☐ Ja	☐ Nein	<i>siehe Merkblatt Versicherungen</i>
TV eigenes Gerät	☐ Ja	☐ Nein	<i>siehe Merkblatt Einzug</i>

Bezugsperson 1

Vorname, Name			
Strasse, PLZ, Ort			
Tel.-Nr. (P, G, Mobile)			
Email			
Verwandtschaftsgrad			

Rechnungsempfänger:in

Vorname, Name			
Strasse, PLZ, Ort			
Tel.-Nr. (P, G, Mobile)			
Email			
Verwandtschaftsgrad			

Krankenversicherer (Kopie Versicherungskarte beilegen)

Krankenkasse		KK-Nr. *	
Strasse, PLZ, Ort			

Hausärztin/Hausarzt (bisher)

Vorname, Name			
Strasse, PLZ, Ort			

Bezugsperson 2

Vorname, Name			
Strasse, PLZ, Ort			
Tel.-Nr. (P, G, Mobile)			
Email			
Verwandtschaftsgrad			

Bankverbindung (Rückerstattung von Leistungen / Depot)

Bankbezeichnung			
IBAN-Nr.			
Datum		Unterschrift	
Datum		Unterschrift	

Angaben für Pflege & Betreuung

Diagnose(n)			
Allergie(n)			
Hilfsmittel			
Medikamentenliste *	☐ Ja	☐ Nein	
Vorsorgeauftrag *	☐ Ja	☐ Nein	
Patienten-Verfügung **	☐ Ja	☐ Nein	
Vollmacht / Rechtsdelegation **	☐ Ja	☐ Nein	
Mitgliedschaft Sterbehilfe-Organisation	☐ Ja	☐ Nein	
EPD vorhanden	☐ Ja	☐ Nein	

- Rechtsdelegation ****
- Umfassende Beistandschaft (Handlungsfähigkeit entfällt) ☐
 - Mitwirkungsbeistandschaft (Handlungsfähigkeit eingeschränkt) ☐
 - Vertretungsbeistandschaft (Eingeschränkte Handlungsfähigkeit möglich) ☐
 - Begleitbeistandschaft (keine Einschränkung der Handlungsfähigkeit) ☐
 - Vertretungsberechtigte Person gemäss Vorsorgeauftrag ☐
 - Vertretungsberechtigte Person gemäss Patientenverfügung ☐
 - Gesetzliche Vertretung gemäss Art. 378 ☐
 - Selbstverantwortlich ☐
- Patientenverfügung ****
- Keine schriftliche Patientenverfügung vorhanden ☐
 - Schriftliche Patientenverfügung vorhanden ☐
 - Zugängliche Kopie vorhanden ☐
 - Inhalt ist den Pflegeverantwortlichen bekannt ☐
 - Inhalt dem behandelnden Arzt/Ärztin bekannt ☐
 - Inhalt den Angehörigen/Bezugspersonen bekannt ☐
 - Aktuelle Patientenverfügung (Datum und Unterschrift nicht älter als 2 Jahre) ☐
 - Bewohner:in wünscht die Patientenverfügung anzupassen ☐
 - Thema wurde nicht mit Bewohner:in besprochen ☐
 - Bewohner:in möchte dazu keine Angaben machen ☐

(* und ** Kopie beilegen)

Rückfragen an:

☐ Angemeldete Person	☐ Bezugsperson 1	☐ Beide möglich
Datum:	Datum:	Bitte das ausgefüllte Formular einsenden oder in der Schärmtanne AG abgeben, merci!
Unterschrift:	Unterschrift:	