

Anmeldeformular

Personalien

Vorname, Name			
Strasse, PLZ, Ort			
Tel.-Nr. (P, G, Mobile)			
Email-Adresse	Info-Mails erwünscht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum	AHV-Nr.		
Konfession	Zivilstand		
Heimatort	Kanton		
Nationalität	Gesetzl. Wohnsitz		

Anmeldung

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

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			

(* Kopie beilegen)

Bankverbindung (Rückerstattung von Leistungen / Depot)

Bankbezeichnung			
IBAN-Nr.			
Datum		Unterschrift	
Datum		Unterschrift	

Angaben für Pflege & Betreuung

Diagnose(n)			
Allergie(n)			
Hilfsmittel			
Medikamentenliste *	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Vorsorgeauftrag *	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Patienten-Verfügung **	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Vollmacht / Rechtsdelegation **	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Mitgliedschaft Sterbehilfe-Organisation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
EPD vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> Angemeldete Person	<input type="checkbox"/> Bezugsperson 1	<input type="checkbox"/> Beide möglich
Datum:	Datum:	Bitte das ausgefüllte Formular einsenden oder in der Schärmtanne AG abgeben, merci!
Unterschrift:	Unterschrift:	