

# Anmeldung

Dringende Anmeldung

Vorsorgliche Anmeldung

## Stammdaten

|  |      |                             |                               |
|--|------|-----------------------------|-------------------------------|
| Name   |      | Vorname                     |                               |
| Adresse                                      |      | PLZ/Ort                     |                               |
| gesetzlicher Wohnsitz                        |      | Heimatort                   |                               |
| Tel. Nr.                                     |      | Geburtsdatum                |                               |
| Soz. Vers. Nr.                               | 756. | Ehem. Beruf                 |                               |
| Konfession                                   |      | Zivilstand                  |                               |
| Besitzen Sie eine Patientenverfügung?        |      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besitzen Sie einen Vorsorgeauftrag?          |      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie Mitglied einer Sterbeorganisation?  |      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie vollständig gegen COVID-19 geimpft? |      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## Lebensform

|  |  |
|--|--|
| allein lebend                            | <input type="checkbox"/>               |
| mit Ehepartner/in Lebenspartner          | <input type="checkbox"/> Name/Vorname: |
| mit Personen im gleichen Haushalt lebend | <input type="checkbox"/> Name/Vorname: |

## Vertrauenspersonen (Vorsorgebeauftragte), Angehörige oder gesetzliche Vertreter

medizinische & pflegerische Belange und alles was die Persönlichkeit tangiert

|                     |                                    |  |         |  |
|---------------------|------------------------------------|--|---------|--|
| 1. Vertrauensperson | Name                               |  | Vorname |  |
|                     | Adresse                            |  | PLZ/Ort |  |
|                     | Tel. Nr.                           |  | e-Mail  |  |
|                     | Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad |  |         |  |

|                     |                                    |  |         |  |
|---------------------|------------------------------------|--|---------|--|
| 2. Vertrauensperson | Name                               |  | Vorname |  |
|                     | Adresse                            |  | PLZ/Ort |  |
|                     | Tel. Nr.                           |  | e-Mail  |  |
|                     | Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad |  |         |  |

## Krankenversicherung

|                         |  |             |  |
|-------------------------|--|-------------|--|
| Name                    |  | PLZ/Ort     |  |
| Adresse                 |  | Police-Nr.  |  |
| Versicherungskarten-Nr. |  | Ablaufdatum |  |

## Ärzte

|           |  |
|-----------|--|
| Hausarzt  |  |
| Zahnarzt  |  |
| Augenarzt |  |

## Bestehende Unterstützungsangebote

|                                    |                             |                               |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Beziehen Sie Spitexleistungen?     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## Rechnungsstellung und Postzustellung

direkt an den Bewohner/die Bewohnerin  an folgende Person

|                                    |  |         |  |
|------------------------------------|--|---------|--|
| Name                               |  | Vorname |  |
| Adresse                            |  | PLZ/Ort |  |
| Tel. Nr.                           |  | e-Mail  |  |
| Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad |  |         |  |

## Pflege und Betreuung

|                    |                          |                   |   |
|--------------------|--------------------------|-------------------|---|
| Ferien             | <input type="checkbox"/> | Gewünschtes Datum |   |
| Langzeitaufenthalt | <input type="checkbox"/> | Gewünschtes Datum | I |

## Kommunikation

Wünschen Sie weitere Informationen, dann wenden Sie sich bitte telefonisch oder per Mail an uns.

Zentrale 081 258 78 00 E-Mail [info@benerpark.ch](mailto:info@benerpark.ch)  
Pflegeabteilung 081 258 79 00 [pflegestation@benerpark.ch](mailto:pflegestation@benerpark.ch)

|       |  |              |  |
|-------|--|--------------|--|
| Datum |  | Unterschrift |  |
|-------|--|--------------|--|