

## Anmeldeformular

### 1. Personalien und aktuelle Situation

Vorname, Name	
Strasse, PLZ, Ort	
Telefon/Mobile	
E-Mail	
Geburtsdatum	
Heimatort	
Schriftenort / Wohnsitz- gemeinde	
Konfession	
AHV-Nr.	
Zivilstand	
Aktueller Aufenthaltsort	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> Alters- und Pflegeheim
Unterstützung	<input type="checkbox"/> öffentliche Spitex <input type="checkbox"/> private Spitex <input type="checkbox"/> keine Spitex
Anmeldung	<input type="checkbox"/> vorsorglich <input type="checkbox"/> dringlich

### 2. Einrichtung

Telefon im Zimmer erwünscht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kabel-TV Anschluss im Zimmer erwünscht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### 3. Persönliche Vertretung

Besteht eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Beistandschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte Beistand / Beiständin ausfüllen, sonst weiter zu 4.
<b>Beistand / Beiständin</b>	
Vorname, Name	
Strasse, PLZ, Ort	
Telefon/Mobile	
E-Mail	

**4. Erste Bezugsperson / Vertrauensperson**

Vorname, Name	
Strasse, PLZ, Ort	
Telefon/Mobile	
E-Mail	
Verwandschaftsgrad	
Benachrichtigung im Notfall auf Mobile	<input type="checkbox"/> 24 Stunden <input type="checkbox"/> nur zu folgenden Zeiten: .....

**5. Rechnungsempfänger/in**

Vorname, Name	
Strasse, PLZ, Ort	
Telefon/Mobile	
E-Mail	
Verwandschaftsgrad	

**6. Weitere Bezugspersonen**

Vorname, Name	
Strasse, PLZ, Ort	
Telefon/Mobile	
E-Mail	
Verwandschaftsgrad	

**7. Krankenversicherer**

Krankenkasse	
Police- / Vertragsnummer	
Kartenummer	
Ablaufdatum	

**8. Arzt**

Vorname, Name	
Strasse, PLZ, Ort	

**9. Rückfragen / Datum / Unterschrift**

Bestätigung und Rückfragen zur Anmeldung:	
<input type="checkbox"/> an angemeldete Person <input type="checkbox"/> an erste Bezugs-/Vertrauensperson <input type="checkbox"/> an Beistand/Beiständin	
Die angemeldete Person oder deren gesetzliche Vertretung bescheinigt die Korrektheit der Angaben und erteilt der Institution die Erlaubnis, medizinische Unterlagen (Diagnose, Medikamente, Pflegeplanung) einzuholen.	
Datum, Unterschrift	

APHG intern: Anmeldung erfasst und schriftlich bestätigt	
Datum, Unterschrift	